ENCYCLOGRAPHIE

DES

SCIENCES MÉDICALES,

PUBLIÉE SOUS LA DIRECTION

D'UNE SOCIÉTÉ DE MÉDECINS.

TOME QUATORZIEME (2me SÉRIE.)

FÉVRIER 1837.

BRUXELLES,

ÉTABLISSEMENT ENCYCLOGRAPHIQUE, FAUBOURG DE FLANDRE.

1837.

BULLETIN MÉDICAL

BELGE,

RÉDIGÉ

PAR UNE SOCIÉTÉ DE MÉDECINS,

ET PUBLIÉ SOUS LA DIRECTION DE

J.-R. MARINUS,

DOCTEUR EN MÉDECINE, SECRÉTAIRE-ADJOINT DE LA SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES ET NATURELLES DE BRUXELLES, MEMBRE CORRESPONDANT DE L'INSTITUT HISTORIQUE, DE LA SOCIÉTÉ ROYALE DES SCIENCES, LETTRES ET ARTS D'ANVERS, DES SOCIÉTÉS DE MÉDECINE DE LOUVAIN, DE GAND, DE CAEN, DE LA SOCIÉTÉ POLYTECHNIQUE DE PARIS, DE L'ACADÉMIE DE CHIRURGIE D'AMSTERDAM, ETC.

14me LIVRAISON. — FÉVRIER 1837.

BRUXELLES,

ÉTABLISSEMENT ENCYCLOGRAPHIQUE, FAUBOURG DE FLANDRE, N° 14.

1837.

BULLETIN MÉDICAL BELGE.

N° 2. — FÉVRIER 1837.

Note topographique sur l'hôpital militaire de Namur; par le docteur FALLOT, médecin principal.

On connaît la grande divergence d'opinions sur la forme la plus convenable à donner à un hôpital qui éclata à l'occasion du projet, conçu vers le milieu du siècle dernier par l'administration supérieure, de déplacer l'Hôtel-Dieu de Paris et de le transporter ailleurs. Tandis que par ici on recommandait la forme en étoile, tantôt à 4, tantôt à 6 rayons, par là la circulaire, d'autres donnaient la préférence à la carrée, et les uns et les autres alléguaient en faveur de leurs systèmes et des raisonnements et des exemples.

Quand on lit avec attention et avec un esprit dégagé de préoccupation le dossier volumineux de ce long procès, on est naturellement conduit à cette conclusion que la forme à adopter pour des constructions destinées à l'usage des hôpitaux, est à peu près indifférente et que toutes conviennent pourvu que les bâtiments auxquels on les applique puissent remplir les conditions suivantes :

1° Qu'ils soient placés dans une position salubre;

2° Qu'ils soient isolés d'autres habitations;

3° Qu'ils soient suffisamment pourvus d'eaux potables et abondamment de celles qui sont nécessaires aux usages de propreté ;

4° Que les divers services, tout en communiquant entre eux avec liberté et aisance, soient indépendants les uns des autres;

5° Que l'air puisse y circuler sans aucune gêne et y être renouvelé à volonté dans toutes ses parties;

6° Que les salles soient d'une grandeur modérée, ni trop grandes ni trop petites; qu'elles ne s'ouvrent pas les unes dans les autres, mais soient séparées par des vestibules;

7° Que le dépôt des morts, l'amphithéâtre pour les dissections, les latrines, les égouts, tout ce qui pourrait affecter désagréablement les sens ou l'imagination, soient placés hors des regards des malades ;

8° Enfin qu'il y ait des préaux suffisants et des galeries couvertes pour servir de promenoirs dans les différentes saisons.

A ces conditions, qui sont de première nécessité et de l'absence desquelles résulterait en quelque sorte une incapacité pour une destination hospitalière, il faut en ajouter quelques autres, qui, pour être moins capitales, sont néanmoins de la plus haute convenance. Je signalerai les suivantes :

1° Qu'on puisse communiquer librement du dehors avec la demeure du directeur, les bureaux de l'administration, la pharmacie, la dépense, sans pénétrer dans l'emplacement réservé aux malades;

2° Que le service des blessés soit au rez-de-chaussée et attenant aux préaux ;

3° Que celui des vénériens ne soit pas contigu à celui des fiévreux et blessés et soit à portée de la salle des bains ;

4° Que celui des galeux soit disposé de façon à ce que depuis leur entrée jusqu'à leur parfaite guérison, ils n'aient aucune communication pour aucun de leurs besoins avec les autres malades;

5° Que dans la division des galeux ou près d'elle, il y ait une salle séparée et distincte pour les gales compliquées;

6° Qu'il existe quelques petites salles où l'on puisse traiter séparément des malades dont la présence pourrait exercer une influence fâcheuse sur les autres, soit par leur aspect, soit par leur odeur, ou ceux qui exigent une surveillance spéciale ;

7° Qu'il y existe, loin des salles des malades, un local séparé pour y faire les grandes opérations.

On n'attendra pas de moi sans doute que je justifie les exigences que je viens d'énumérer. Il n'en est aucune dont un médecin d'hôpital ne reconnaisse tout d'abord l'importance. Je remarquerai seulement, comme touchant un objet dont les individus étrangers à l'art de guérir ne me semblent pas assez pénétrés, c'est qu'un hôpital n'est établi que dans l'intérêt seul des malades ; que toute autre considération doit fléchir, s'évanouir devant celle-là, et que c'est violer à la fois les préceptes de la morale et de l'humanité et forfaire à ses devoirs que de distraire, pour la satisfaction de quelque convenance particulière, une portion quelconque de l'établissement que les besoins des malades pourraient réclamer; que c'est aux médecins comme possédant *seuls* sur les besoins des malades des connaissances approfondies, mûries par la méditation et éprouvées à la pierre de touche de l'expérience et ayant l'intérêt le plus direct à leur prompte et complète satisfaction, que doit être attribué le soin de régler tout ce qui y a rapport, et que la suprématie de toute autre personne dans cette importante et délicate matière est à la fois une déraison et un préjudice.

J'ajoute que cette réflexion n'a rien de personnel : j'ai toujours trouvé dans mes collaborateurs de l'ordre administratif les mêmes principes et le même dévouement pour le bien-être des malades dont je fais profession moi-même; et si l'établissement dont la direction sanitaire m'est confiée répond à sa destination d'une manière si complète, c'est à leur coopération franche, active, désintéressée, intelligente que j'en suis redevable.

Situé sur une colline aux bords et à dix mètres au-dessus du niveau moyen d'une petite rivière, nommée le *Houyoux* où il décharge les eaux et autres immondices, le bâtiment qui nous sert d'hôpital a subi pendant les 50 dernières années les plus étranges vicissitudes. Anciennement couvent des *Dames blanches*, plus tard

manutention, magasin de fourrages, de literies, il avait été affecté en partie, pendant l'existence du royaume des Pays-Bas, au culte protestant qui y avait son temple et l'habitation de son ministre; en partie à des magasins d'habillements et à un logement des préposés; en partie loué à des blanchisseurs et à des jardiniers. A chaque changement de destination, une nouvelle distribution des localités était devenue nécessaire, de nouvelles bâtisses avaient été faites, chaque fois tout l'intérieur avait été bouleversé et quand nous en prîmes possession nous eûmes quelque peine à nous reconnaître au milieu de toutes les pièces plus ou moins mal rapportées dont se composait son ensemble.

Il couvre une surface de 8000 mètres carrés, deux mille environ sont occupés par les bâtiments; le reste sert de cour d'entrée, de préaux, de jardin ou est occupé par des étendoirs, des séchoirs, etc. Le principal bâtiment est un carré régulier, forme que le maréchal de Vauban considérait comme préférable à toutes les autres et qu'il a donnée à tous les hôpitaux militaires qu'il a bâtis. On verra sur le plan de quel avantage elle est pour la facilité qu'elle donne d'y pratiquer toutes les divisions à angles droits et de séparer les salles par des vestibules ménagés dans ces angles. En y jetant les yeux on verra que les bâtiments sont isolés de tous les côtés, entourés sur trois de jardins, cours et préaux, et que sur le quatrième, où ils longent un chemin public, se trouvent placés des services d'exploitation, n'ayant aucune porte dans cette direction et n'ayant que des fenêtres élevées et dormantes, de façon que sur cette face aussi toute communication avec le dehors est impossible.

L'entrée est au fond d'un cul-de-sac, elle est placée à soixante mètres de la rue; à droite se trouve le corps de garde, à gauche la loge du portier. On entre alors dans une grande cour au fond de laquelle est à *gauche* l'entrée des cuisines, *au centre* celle de l'hôpital, à *droite* le bâtiment occupé par la pharmacie et ses dépendances.

La cuisine est intéressante à examiner avec détail, non-seulement à cause des trois fourneaux économiques dont elle est pourvue et sur le modèle desquels M. le ministre de la guerre se propose d'en faire établir dans tous les hôpitaux, mais encore parce qu'elle ne communique avec l'intérieur de l'hôpital et avec la dépense que par l'intermédiaire de deux espèces de tours; d'où résulte un avantage bien marqué, celui que les infirmiers ne sont pas admis dans la cuisine (on sait combien de temps ils y perdent souvent et sous combien de vains prétextes ils s'y rendent) et que les cuisiniers ne pénètrent pas davantage dans l'hôpital et la dépense. Les services quoique contigus sont parfaitement séparés et indépendants.

Un cabinet indiqué par le chiffre 6 sert à réunir les infirmiers qui y font leur repas en commun. Ce qu'ils ne consomment pas retourne à la cuisine, où leurs femmes, leurs enfants ou autres ayant droit peuvent venir les chercher. Ce n'est que dans des cas exceptionnels qu'ils sont autorisés à emporter leurs vivres eux-mêmes. Par là, il leur est bien difficile de les introduire dans les salles et d'en trafiquer avec les malades.

L'entrée de l'hôpital est garnie de deux portes, séparées par un vestibule; c'est dans ce vestibule que s'ouvre le bureau aux entrées, garni d'un paravent derrière lequel les malades échangent leurs vêtements contre ceux de l'hôpital; au fond du vestibule à droite est le corridor qui conduit aux appartements du directeur et à ses bureaux; au-dessus sont placés les magasins au linge et ses dépendances.

Notre salle des galeux, contiguë à celle des bains, s'y ouvre directement par une porte dont le verrou plat est en dehors dans le cabanon qui leur est exclusivement réservé; elle est pourvue d'une latrine; une cloison en maçonnerie la sépare de la salle aux gales compliquées, qui a une double communication, une avec le corridor pour le service des infirmiers, une autre avec la salle de gale simple et, par son intermédiaire, avec celle des bains; les portes sont garnies de serrures dont les clefs sont entre les mains des infirmiers attachés à ce service.

La salle des vénériens touche à celle des bains. Toutefois ce n'est que pour la plus grande commodité du service, car ils ne sont pas séquestrés et, à moins qu'il n'en soit ordonné différemment pour des cas spéciaux, ils communiquent librement avec le reste de l'hôpital et sont admis dans les promenoirs, concurremment avec les autres malades. J'appelle de mes vœux le moment où ils leur seront assimilés en tout, tant pour l'alimentation que pour le prêt et le couchage. C'est un acte de justice que réclame la raison.

Toute l'aile du sud-est du rez-de-chaussée, qui est élevée de trois marches au-dessus du niveau des corridors, est affectée aux blessés; leurs fenêtres s'ouvrent sur le préau. J'ai demandé qu'on leur ouvrît une porte y donnant directement (à l'époque de l'établissement de l'hôpital cette convenance ne m'avait pas frappé).

Quand elle sera faite ils pourront s'y rendre de plein-pied; aujourd'hui il faut encore qu'ils descendent trois degrés et fassent un détour, ce qui est fatiguant pour ceux qui ne marchent qu'avec difficulté. M. le commandant du génie a pris note de ma demande, et m'a promis d'y satisfaire le plutôt possible.

L'aile au sud est occupée par la salle de garde qui communique avec celle des opérations: elles sont toutes deux vastes, bien éclairées à côté; et sur le prolongement de l'aile sont, d'abord, les chambres du médecin et du pharmacien de garde, ensuite la pharmacie.

L'étage est en entier réservé aux fiévreux; les salles sont pourvues de fenêtres opposées, ce qui permet d'y faire entrer en tout temps l'air à volonté et dans la mesure convenable sans avoir à craindre les courants; toutes les fenêtres, tant aux blessés qu'aux fiévreux sont garnies de stores afin de tempérer pendant l'été l'ardeur du soleil ou la trop grande clarté.

Au deuxième étage nous avons sur les ailes sud et sud-est de vastes greniers bien éclairés, qui servent de magasins et dans lesquels au besoin on pourrait très-convenablement placer 150 malades. Dans ma longue carrière militaire j'ai fait bien des fois le service dans des salles d'hôpital qui ne valaient pas à beaucoup près, sous le rapport de la salubrité, les greniers de notre hôpital.

Les corridors de l'étage étant bien fermés, pourvus comme les salles de grandes fenêtres mobiles, peuvent au besoin servir de salles ainsi que cela est déjà arrivé à plus d'une reprise et chaque fois avec succès.

Sans être trop grandes, ce qui entraîne des inconvénients de plus d'un genre, nos salles sont spacieuses; leur grandeur moyenne est de 20 mètres de longueur sur 10 de largeur; on leur souhaiterait plus d'élévation, celles de l'étage n'ayant que quatre mètres, mais il n'a pas été possible de remédier à ce défaut, qui dé-

pend de la construction primitive du local : il est d'ailleurs racheté pleinement sur la disposition des portes et des fenêtres. Le nombre des lits est calculé de façon à ce que, tous étant occupés, la quantité d'air soit pour chaque malade 29 mètres cubes.

On remarquera qu'à une seule exception près, nos salles ne s'ouvrent nulle part l'une dans l'autre et qu'elles sont séparées par de larges vestibules ou des corridors.

C'est dans ces corridors que sont placés les lieux communs, bâtis dans les angles rentrants de la cour intérieure.

C'est un triste voisinage pour les malades dont, à l'époque de l'appropriation de notre local à sa destination actuelle, on n'avait pas bien calculé les inconvénients, mais que l'expérience n'a pas tardé à faire sentir. On se propose de les en débarrasser dans le courant de cette année en portant les lieux d'aisances en dehors du bâtiment à une distance convenable; ils communiqueront avec lui par des corridors. Je sais qu'il y a peu d'hôpitaux où le système d'aérage soit encore mieux entendu et l'infection plus supportable, mais cela n'empêche pas que leur position soit mal choisie et défectueuse et qu'il soit désirable qu'elle soit changée.

Notre amphithéâtre de dissection mérite une mention spéciale : on y voit alliée au plus haut degré la décence et la sagesse; sa situation est complétement isolée; accessible du côté de l'hôpital par une porte dérobée; il est voisin d'une porte qui ne s'ouvre qu'à l'occasion des inhumations et dont la clef est dans la possession du directeur de l'hôpital; jamais les yeux des individus traités dans l'établissement ne sont affligés par le spectacle d'un enterrement. C'est un pavillon de 8, 5 mètres de longueur sur 5 de largeur; il reçoit le jour par deux grandes fenêtres percées dans la toiture; le pavé, qui est en dalles, est incliné de toutes parts vers une ouverture centrale par laquelle les eaux s'écoulent. Dans l'intérieur se trouve une pompe abondamment pourvue d'eau en toutes saisons. Pour garantir du froid et de l'humidité les pieds de ceux qui se livrent à la dissection, nous avons fait confectionner des planchers mobiles ayant deux mètres de longueur sur 0,6 de largeur et élevés de cinq centimètres, et qu'on dispose comme on l'entend autour des tables. Celles-ci sont légèrement creusées, couvertes de plaques en zinc et peuvent se hausser et se baisser à volonté.

La pharmacie qui occupe un bâtiment particulier, examinée dans son ensemble et dans ses subdivisions, défie la critique la plus sévère. Le cabinet du pharmacien en chef a une issue sur le jardin dont une partie est cultivée en plantes médicinales; au-dessus de la pharmacie sont placés les magasins, et ceux-ci communiquent par une trappe avec le rez-de-chaussée; un escalier particulier y conduit; sur le palier auquel il aboutit s'ouvre la salle des conférences.

Notre salle des bains est également digne d'attention. Elle se compose de quatre cabanons, indépendamment de celui des galeux, chacun d'eux contient une ou deux baignoires; des tuyaux en plomb, garnis de robinets en cuivre, transportent dans celles-ci l'eau chaude ou froide. Nous avons quatre douches, deux fixes en plomb à orifice simple, munies de robinets en cuivre; deux autres sont terminées par des tuyaux flexibles en cuir dont l'extrémité reçoit, à l'aide d'un ajustage, un bout à orifice simple ou un en arrosoir, de manière à pouvoir servir à volonté de douche *descendante* ou *latérale* et au besoin *ascendante* et d'appareil à *irrigation*. La salle étant pavée en dalles on a pourvu chaque cabanon d'une espèce de plancher mobile. On y trouve aussi une cheminée pour pouvoir y faire du feu pendant l'hiver.

Le commandant du génie dans la place a bien voulu, à ma demande, travailler au projet de chauffage par la vapeur pour tout notre établissement. Ce travail où l'on retrouve toutes les qualités des autres productions de ce savant auteur sera très-incessamment soumis à M. le ministre de la guerre, et je ne doute pas un instant qu'il n'y soit donné suite.

Je considère le froid comme un des plus grands ennemis du règne organisé : c'est aux êtres débiles, aux enfants, aux vieillards, aux convalescents qu'il est le plus hostile; l'immense majorité des rechutes lui est due, surtout dans les hôpitaux. Il ne suffit pas d'y chauffer les salles, il faut encore que dans les corridors qui servent de promenoirs ou ceux qui conduisent aux lieux d'aisances, la température soit douce et égale. Quelque puissantes que soient les recommandations des médecins, quelque sévères leurs défenses de laisser les convalescents sortir de leurs salles, quelque attentive la surveillance des infirmiers, il n'est pas possible de les prévenir. Et que d'accidents ne voit-on pas chaque jour s'ensuivre!....

Il y a plus, de quelque manière que les poëles soient disposés dans les salles, il n'est pas possible d'empêcher que dans leur voisinage la chaleur ne soit pas beaucoup plus forte qu'ailleurs; d'où il suit que dans les lits à proximité elle produit souvent de la gêne, tandis que dans ceux qui en sont éloignés on se plaint du froid. Que d'inconvénients d'ailleurs attachés aux poëles : ils sont une source constante et inévitable de malpropreté; jamais on ne touche au feu qu'ils contiennent sans en faire sortir des nuages de poussière; les mieux portants usurpent les places à l'entour et en chassent ceux qui n'ont pas encore recouvré assez de vigueur pour les reconquérir par la force. Ici vous en voyez qui les utilisent pour y faire griller du pain, rôtir de pommes, ce qui répand une odeur désagréable; là s'en trouvent d'autres qui n'attendent que le moment où les infirmiers auront le dos tourné pour surcharger le foyer de combustibles au risque d'en manquer la nuit; une ventilation convenable est impossible avec l'existence des poëles. Je ne signale ici que les seuls défauts du système de chauffage actuel qui frappent le plus directement l'esprit de tout le monde; je pourrais en ajouter plusieurs autres : qu'il m'ait suffi d'ajouter que tous disparaîtraient par l'introduction des tuyaux calorifères et qu'ils seraient remplacés par autant d'avantages.

C'est avec un vrai plaisir que j'écris cette note, mettant toute ma gloire, bornant toute mon ambition ayant voué toute ma vie à l'amélioration du sort du soldat malade. Je me complais dans la pensée de l'existence à ma portée d'un asyle où tout est adopté à la prompte et pleine satisfaction de ses besoins. Dans ma longue carrière militaire j'ai vu un grand nombre d'hôpitaux militaires; depuis 29 ans que j'ai uni mon sort à celui du soldat et que j'ai suivi ses destinées au midi et au septentrion j'ai eu l'occasion d'en visiter qui jouissent d'une grande réputation : il en est de beaucoup plus vastes, de plus riches que le nôtre et avec lesquels, sous ce double rapport, il ne peut entrer en comparaison, mais aucun qui soit mieux approprié à sa destination. Son aspect est modeste, pas de sculptures au fronton, ni cariatides pour le supporter, pas de planchers parque-

tés ou en mosaïque, pas de plafonds moulés ou peints à fresque, mais partout de l'ordre, de la propreté, du *confort*. Si les améliorations que j'ai indiquées dans le cours de ce travail y sont jamais opérées, je ne crains pas de dire qu'il pourra être proposé comme hôpital *modèle* et, tel qu'il est à présent je n'en connais aucun qui doive lui être préféré et peu qu'on pourrait mettre en parallèle.

De l'épidémie de grippe actuellement régnante et particulièrement de celle qui s'est montrée à Anvers ; par le docteur Gouzée, médecin-principal de l'hôpital militaire d'Anvers et de l'armée, etc.

La grippe, qui vient de nous investir d'une manière beaucoup plus sérieuse qu'elle ne l'avait fait à ses dernières attaques, en 1831 et 1833, n'est pas un simple rhume, un catarrhe pulmonaire modifié par une spécialité épidémique ; ce n'est pas une inflammation de la muqueuse des bronches, quoique la toux soit le plus souvent un de ses symptômes dominants.

Cette toux, quand elle existe, car nous avons rencontré des cas où elle n'existait pas, a en effet des caractères particuliers qui ne sont pas ceux de la toux catarrhale; elle est petite, superficielle, si l'on peut s'exprimer ainsi, s'opérant sans efforts, fatigante seulement par sa continuité, ou par l'irritabilité plus grande du malade; il n'est pas rare qu'elle se montre par accès, surtout vers le soir ou le matin, tantôt sèche, tantôt amenant des crachats muqueux mêlés de sérosité ; nous les avons vus quelquefois légèrement striés; et, au milieu de tous ces phénomènes, l'exploration de la poitrine ne fait rien découvrir qui trouble la pureté de l'expansion pulmonaire. Si à ces caractères nous ajoutons qu'elle cède souvent instantanément, ainsi que nous l'avons observé plus d'une fois, à l'emploi d'une substance sédative ; si nous rappelons qu'elle ne constitue, en quelques circonstances, qu'un symptôme de peu d'importance et que parfois même elle manque entièrement, comme nous l'avons dit, nous devrons en conclure qu'elle n'est pas l'effet d'une phlegmasie de la muqueuse bronchique, dont rien d'ailleurs ne constate l'existence.

Quelques phénomènes qui se présentent d'une manière assez constante, tels que le coryza, la douleur vers le sommet du larynx et l'enrouement, symptôme que nous avons observé plus rarement, portent toutefois à penser que, comme les fosses nasales, le larynx n'est pas exempt d'irritation, et que cet organe pourrait bien être le point de départ de la toux ; mais l'altération superficielle et fugitive dont ils signalent l'existence, ne nous paraît qu'accessoire et ne peut expliquer les autres symptômes dominants d'où la grippe tire son caractère spécial.

Nous pensons que ces symptômes sont dus aux troubles de l'innervation, qui constituent le fond, le principe de la maladie et que la toux elle-même leur est subordonnée.

Ces pertubations nerveuses sont extrêmement remarquables dans la grippe ; le mal de tête est constant, dans le principe surtout; il se confond souvent alors avec un embarras nasal qui se propage aux yeux et aux oreilles; il s'accompagne de vertiges, d'une sorte de pression au-dessus des yeux, d'une sensibilité singulière des téguments de la tête, d'insomnie, quelquefois d'un délire léger et fugace pendant la nuit ; les malades sont faibles, ils ont la poitrine opprimée, ils se plaignent de douleurs dans le dos, les lombes, les membres ; ils ont facilement des défaillances et nous en avons vus même tomber complétement en syncope. A ces phénomènes purement nerveux, se joignent, dans les premiers moments, des symptômes de réaction plus ou moins forte; nous avons fréquemment remarqué que ceux-ci offraient de l'exacerbation le matin et de la remission vers le soir; la face est rouge, vultueuse, la peau chaude et moite ; le pouls est modérement fréquent et nous l'avons toujours trouvé d'une mollesse remarquable. Nous avons vu quelques malades, jeunes et robustes, pris d'abondantes épistaxis, qui procuraient peu de soulagement. Ces phénomènes de réaction se dissipent le deuxième ou le troisième jour, mais un sentiment de faiblesse persiste, qui n'est nullement en rapport avec le peu de gravité et de durée des accidents qui viennent d'avoir lieu ; les malades restent la tête légère, fatigués, endoloris, sans sommeil, et conservent plus ou moins longtemps leur petite toux, qui provoque dans le thorax une fatigue insolite.

Comme les troubles des organes respiratoires ceux de l'appareil digestif tiennent également aux dérangements de l'innervation. A l'anorexie, au dégoût pour les substances animales, se joignent souvent des nausées pénibles, des vomissements, une sensation de sécheresse à la bouche, de la soif, et cependant la langue est large, humide, à peine couverte d'un léger enduit blanchâtre. La douleur de la gorge, la gêne de la déglutition ont leur siége au larynx; jamais nous n'avons trouvé les amygdales tuméfiées; quelquefois seulement le fond de la gorge est le siége d'un peu de rougeur. Les selles sont variables ; il existe souvent de la constipation ; la diarrhée s'est montrée dans quelques cas vers la fin de l'épidémie.

Beaucoup de malades se plaignent d'une vive douleur à l'épigastre et dans les hypochondres. Il faut se garder de prendre ce symptôme pour le signe d'une gastrite. On court au reste d'autant moins ce risque aujourd'hui que la gastrite n'est plus à l'ordre du jour. C'est le simple résultat de la fatigue occasionnée par la toux, fatigue d'autant plus vivement ressentie que le malade est plus faible et plus irritable ; cette douleur se dissipe avec elle.

Un malade atteint de grippe semble au premier abord disposé à faire une maladie grave ; mais on peut à coup sûr le rassurer par un pronostic favorable. Comme il a été pris, *grippé* (1), soit instantanément, soit après avoir éprouvé pendant quelques jours des frissons irréguliers ou une simple sensibilité au froid, de même les symptômes qui paraissent les plus alarmants se passent

---

(1) Le mot *grippe*, employé pour la première fois il y a près d'un siècle, vient, nous semble-t-il, de ce mot *gripper*, action du chat qui attrape, saisit subtilement, et non des mots *la grève* ou *la grive*, comme Grant l'a avancé, ou du mot polonais *chrypka*, enrouement, ainsi que l'a prétendu J. Frank. C'est un terme populaire, d'origine française, et lorsqu'il prend envie au peuple de doter la langue d'un mot nouveau, il ne fait pas autant de façons que les savants. Se sentant pris à l'improviste, il aura dit, par une de ces métaphores qui lui sont si familières, *je suis grippé*, et de là au mot *grippe* il n'y avait qu'un pas.

le deuxième ou le troisième jour, et il conserve, comme nous l'avons dit, sa petite toux qui souvent devient plus sèche, plus fréquente les jours suivants; il reste faible, il se fatigue aisément, il éprouve encore des vertiges et un sentiment pénible de pression au-dessus des yeux ; mais cet état n'est plus propre à lui inspirer des inquiétudes, si ce n'est par sa singulière persistance.

Dans le principe de l'épidémie, la violence de la toux et des phénomènes de réaction nous a porté à l'emploi des sangsues, au nombre de dix ou quinze sous les clavicules, ou de six ou huit sur le larynx; mais dans aucun cas elles n'ont procuré du soulagement. Nous n'avons eu recours aux saignées générales que dans les cas de complication de bronchite, de pleurésie, de pneumonie, et ils ont eu pour la plupart une terminaison funeste. Nous nous sommes borné en général à la simple médecine expectante, aux boissons douces et tièdes, jointes, pour peu que les accidents fussent intenses, au séjour au lit, aux pédiluves, à la diète, et les accidents les plus graves en apparence n'en ont pas moins cédé à l'époque indiquée. Les malades qui consentaient à rester au lit pendant quelques jours, étaient bien plus promptement et plus sûrement guéris que ceux qui se bornaient à garder la chambre. Nous avons observé quelques rechutes ; elles n'ont pas été aussi dangereuses qu'on l'a dit, mais les malades ont été plus longtemps encore à se rétablir.

La toux, qui se prolonge souvent pendant la convalescence, devient un accident grave et inquiétant chez les personnes faibles et délicates. Nous l'avons vue chez des femmes nerveuses revenir par accès de plusieurs heures, si forte, si douloureuse, qu'elles en avaient la poitrine comme déchirée, qu'elle les plongeait dans un profond abattement. Quelques cuillerées à café de sirop de thridace, *bien préparé*, prises au moment où cette toux se déclarait, sont toujours parvenues à diminuer sa violence et à la calmer peu à peu. Nous avons aussi employé, dans cette circonstance, la poudre d'herbe de belladone, mêlée à du sucre blanc, à la dose d'un grain pris vers l'heure du retour de la toux, sans aller au-delà de deux ou trois grains par jour, et dans maintes circonstances celle-ci a été enlevée comme par enchantement. L'eau de laurier cerise, le sirop de pavot blanc, l'opium, n'ont point eu autant d'efficacité entre nos mains.

Des aliments restaurants, et surtout un peu d'exercice, nous ont paru convenir spécialement vers la fin de la maladie, pour dissiper les derniers accidents et la faiblesse qui subsiste assez longtemps pendant la convalescence.

La grippe n'est pas dangereuse, mais elle fait naître de prompts et graves désordres chez les personnes qui ont habituellement la poitrine faible et souffrante ou qui sont prises en même temps de maladies aiguës de cette partie. Elle a ainsi augmenté d'une manière très-manifeste la mortalité, surtout vers la fin de l'épidémie, soit à l'hôpital militaire, soit en ville.

C'est une étude pleine d'intérêt que celle des épidémies qui se montrent par intervalle sur la surface du globe.

La grippe, qui a envahi plusieurs fois l'Europe depuis que son nom est connu, a marché cette fois, comme les autres, du nord au sud, de l'est à l'ouest. Nous avions eu très-peu de malades pendant toute l'année 1836; la même chose était arrivée avant l'épidémie de choléra de 1832. L'automne avait été très-humide : on a observé qu'une longue humidité et surtout de fortes variations de température précédent communément l'apparition de cette maladie ; mais c'est peut-être une simple coïncidence, et ces conditions ne paraissent pas nécessaires à son développement ; la grippe s'est montrée à Genève, en 1833, quoique la température atmosphérique eût été douce et égale (1). Plus d'une épidémie, celle de choléra par exemple, s'est montrée indépendante de la constitution atmosphérique et était due à une cause cachée, inappréciable ; c'est le *quid divinum* de Sydenham, le *que sais-je* de Montaigne.

Les premiers cas de grippe parurent à Anvers vers le milieu du mois de janvier. Les femmes, les personnes délicates, nerveuses, vivant dans l'aisance, en reçurent les premières atteintes. La maladie fit bientôt des progrès ; ils furent surtout sensibles dans les premiers jours de février ; elle commença dès lors à prendre tout le monde indistinctement, et bientôt le nombre des malades fut immense. Enfin, du 15 au 20, les cas nouveaux devinrent de plus en plus rares et la maladie commença vers cette époque à montrer une décroissance manifeste.

La garnison offrit quelques cas isolés dans le commencement de février ; du 8 au 12, elle fournit un grand nombre de malades ; la décroissance fut rapide et vers le 20 il ne s'en présentait déjà plus que très-rarement.

Nous avons rencontré des cas de grippe dans tous les âges, hors chez des enfants au-dessous d'un an. La maladie n'offrit pas beaucoup d'intensité chez les enfants ; elle se bornait à un peu de toux, de coryza, de larmoiement, joints quelquefois à un jour de fièvre et à quelques jours d'accablement. Nous l'avons vue chez les adultes, compliquée de bronchite intense, de pleurésie, de pneumonie, de péricardite, d'emphysème pulmonaire, d'irritation de l'encéphale avec délire continu, et plusieurs de ces cas eurent une terminaison funeste.

Un fait digne d'attention s'est offert à l'hôpital militaire ; c'est que les fièvres intermittentes, assez fréquentes auparavant, cessèrent de se montrer pendant tout le règne de la grippe ; quelques cas rares ont à peine reparu au moment où nous écrivons. Jusqu'à présent nous n'avons pas observé de grippe intermittente.

La grippe de 1831 fut souvent accompagnée, vers la fin, de diarrhée, de mouvements convulsifs et même de crampes dans les membres. C'était un prodrome du choléra qui vint peu après exercer parmi nous bien d'autres ravages. Nous n'avons observé jusqu'ici que quelques diarrhées et nous espérons que les autres symptômes d'un plus sinistre augure ne viendront pas nous annoncer le retour de ce terrible fléau.

Anvers, 20 février 1837.

---

(1) M. le docteur Lombard, *Gazette méd. de Paris*, *année* 1833.

ANNALES DE LA SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES ET NATURELLES DE BRUXELLES.

Convulsions d'un caractère grave, déterminées par une impression morale vive, sans lésion appréciable des organes cérébro-rachidiens. Observation recueillie par le docteur J.-R. MARINUS, et présentée à la Société des Sciences Médicales et naturelles de Bruxelles, dans sa séance du 8 août 1836.

Mlle J. de S. G....., âgée de 20 ans, d'un tempérament nerveux, d'une humeur douce, constitution assez forte, bien menstruée, s'est toujours bien portée; elle n'a jamais été sujette à des affections nerveuses. Voyant sa mère près de succomber à une maladie grave, elle éprouve le plus violent chagrin à l'idée que la mort va impitoyablement lui ravir pour toujours l'objet de ses plus tendres affections. Elle supporte avec résignation cette adversité et cherche, mais en vain, à se faire illusion sur le malheur quil a menace, jusqu'au 18 juin 1836, où voyant sa sœur en proie à une violente attaque de nerfs, produite par la même cause morale, elle est prise tout à coup d'un accès convulsif, qui semble se communiquer par imitation. Présent au moment où l'attaque commença (à 6 heures et demi du soir) je pus suivre le développement successif des symptômes effrayants qui se sont montrés avec une rapidité étonnante, et mirent pendant une grande partie de leur durée la vie de la malade en danger.

Ce fait, que j'ai observé avec une scrupuleuse attention, depuis le début de la maladie jusqu'à sa terminaison, m'a paru assez intéressant pour être rapporté. Lors de l'attaque dont je viens de parler, j'eus à peine le temps de soutenir mademoiselle J... et d'empêcher sa chute; elle fut immédiatement placée sur un canapé. L'accès passé, elle relève la tête, qui reste immobile; le regard est fixe, expressif, les pupilles sont dilatées, les sens externes complétement insensibles : il y a, en un mot, absence des fonctions de relation. La respiration s'exécute librement, le pouls est à 70. La malade présente tous les phénomènes de la catalepsie. Je la laisse dans cet état pendant quelque temps, espérant que cette attaque ne sera qu'instantanée et que les fonctions sensoriales se rétabliront sans le secours d'aucune médication. Trompé dans mon attente, j'essaie vainement l'emploi d'un bain de pieds, l'excitation de la membrane pituitaire par l'éther et l'alcali volatil; impossibilité de faire avaler la moindre goutte de liquide. Bientôt après la malade fait un mouvement, mais ce n'est que le signal d'un accès convulsif qui prend un caractère de gravité tel que quatre personnes peuvent à peine la contenir. Cet accès dure pendant dix minutes environ et est remplacé par l'état qui a précédé. Un second, plus violent que le dernier et d'une plus longue durée ne se fait pas attendre : convulsions cloniques des extrémités supérieures et inférieures; mouvements semblables des muscles du tronc et de la face; les yeux roulent dans leurs orbites; écume à la bouche, contorsions des lèvres; respiration gênée, dyspnée profonde; pouls petit et serré, tels sont les symptômes que l'on observe. Après la cessation de l'accès, même état d'insensibilité qu'auparavant. Les accès se renouvellent ensuite et acquièrent plus d'intensité à mesure qu'ils augmentent en nombre. Leur fréquence est telle qu'ils laissent à peine un moment de relâche et qu'il devient difficile de les compter. Vu l'impossibilité d'administrer aucun médicament à l'intérieur, malgré l'absence de signes qui indiquent un état de congestion au cerveau, je me décide à ouvrir la veine du bras et je tire 14 onces de sang; celui-ci est noir, épais et se coagule aussitôt (il était alors 8 heures). La saignée est suivie d'un calme léger et de courte durée. Les accès convulsifs se renouvellent avec intensité; le pouls se développe davantage, est plus large et moins précipité (80 pulsations); la figure se colore; la malade porte constamment la main à la tête et s'arrache les cheveux. (*Dix sangsues aux régions temporales; après leur chute, applications froides sur la tête et le front; cataplasmes aux pieds*).

Les piqûres des sangsues saignent longtemps et abondamment. Même état de la malade, même indifférence pour tout ce qui l'environne, seulement elle indique de la main que la tête lui fait mal. Sa famille conçoit de justes inquiétudes et une consultation a lieu à onze heures. Nous constatons les mêmes symptômes que ceux déjà décrits, cependant les accès sont moins rapprochés. L'abdomen exploré avec la plus grande attention ne montre aucune sensibilité des viscères; nous prescrivons : *applications froides sur la tête; sinapismes aux pieds et sur les mollets; un lavement auquel on ajoutera deux gros de teinture d'assa-fœtida; eau sucrée pour boisson quand la malade pourra boire.*

Le lavement est rendu une heure après son administration et suivi d'une selle assez abondante. Urines exhalant l'odeur de l'asssa-fœtida. Peu après (vers minuit) les accès allèrent en diminuant d'intensité et de fréquence, puis cessèrent entièrement. La malade s'endormit et ne se réveilla que deux heures après, par de nouveaux accès aussi forts que les précédents. (*Continuation des mêmes moyens; second lavement avec l'assa-fœtida*).

Cet état persiste jusqu'à cinq heures du matin : alors la malade s'endort de nouveau; elle est réveillée au bout d'une heure par l'apparition des accès qui, cette fois, présentent un caractère différent et moins alarmant; ils ressemblent à des spasmes hystériques, ne reparaissent qu'à des longs intervalles et cessent entièrement deux heures après, pour ne plus se montrer du tout. Dès cet instant, la malade est beaucoup mieux; elle boit facilement, reconnaît les personnes qui l'entourent, se plaint de la douleur que lui occasionnent les sinapismes et semble étonnée de se voir environnée de tant de soins. Elle n'a nulle conscience de ce qui lui est arrivé. Pâle, abattue et débilitée, après une secousse aussi forte, elle récupère bientôt des forces, et dans l'après-dînée elle est déjà en état de se lever. A l'aide d'un régime convenable et de beaucoup de ménagements du côté du moral, elle s'est complétement rétablie en quelques jours, et ce accès convulsifs n'ont plus reparu, malgré qu'elle ait eu depuis à essuyer de violents chagrins, par la perte qu'elle fit de sa mère. Aujourd'hui elle jouit de la meilleure santé.

RÉFLEXIONS. — Cette observation nous montre l'influence que les affections morales déprimantes peuvent exercer sur le système nerveux chez des individus dont la constitution est disposée à en recevoir les atteintes. Peut-être, chez cette personne, qui, jusqu'alors n'avait jamais éprouvé de pareils accidents, l'impression douloureuse produite à la vue de sa sœur se débattant dans

un accès nerveux, a-t-elle été la cause déterminante des convulsions, tant est puissant l'empire de l'imitation dans ce cas. « Le cerveau, dit M. le docteur P. Jolly (art. *Convulsions*, du *Dict. de méd. prat.*), qui est sans contredit l'organe le plus éminemment doué de la faculté de reproduire les mêmes actes, sous la seule influence de l'imitation, peut être tellement affecté soit de la vue actuelle des convulsions, soit du souvenir de celles qu'il a éprouvées, ou dont il a été témoin, qu'il conçoive lui-même dans les organes de la locomotion les mêmes phénomènes dont il a conservé l'impression, sans toutefois être lui-même affecté d'aucune lésion proprement dite. »

Je suis d'autant plus porté à croire que c'est à une impression de cette nature qu'il faut attribuer la maladie dont je viens de faire l'histoire, que la jeune demoiselle qui en fait le sujet était de trois sœurs celle qui supportait avec le plus de courage et de résignation la perspective douloureuse du malheur qui les menaçait, et que ce fut au moment où l'une d'elles présentait tous les symptômes des convulsions, que cette maladie éclata subitement et sans phénomènes précurseurs chez Mlle J. Cette opinion acquiert encore plus de vraisemblance quand on considère qu'au milieu de ces symptômes effrayants le cerveau ne paraissait pas lésé, et qu'il ne l'était réellement point, dans l'acception rigoureuse attachée à ce mot, puisque les accès ayant disparu, aucun signe n'indiquait le moindre dérangement dans cet organe. Ceci nous conduit à nous faire une autre question, celle de la nature des convulsions et des névroses en général. Ces maladies consistent-elles dans un état de congestion sanguine déterminée par l'excitation du système cérébro-spinal? Ou est-ce plutôt un état d'irritation spéciale de ce système, d'où résulte l'accumulation du fluide nerveux dans les nerfs du mouvement? Cette dernière opinion me paraît la plus vraisemblable, et ce qui me le fait croire, c'est qu'après la cessation complète des accès qui caractérisent ces maladies, tout rentre dans l'ordre normal, l'organe cérébral exécute ses fonctions comme auparavant et aucune trace d'altération organique n'apparaît. Si la saignée, le plus puissant des antispasmodiques, est si souvent utile, c'est probablement en raison de ce qu'elle diminue la congestion sanguine, qui n'est ici que secondaire. La promptitude avec laquelle nous avons administré les moyens rationnels que réclamait l'état de la malade qui fait l'objet de cette observation, a contribué pour beaucoup à la terminaison heureuse de cette maladie, qui s'était annoncée d'une manière si effrayante.

Bruxelles, 6 août 1836.

Aiguille entrée dans les chairs, et extraite des parois du ventre, chez un enfant âgé de treize mois. Observation recueillie par le docteur J.-R. Marinus. (1)

Les annales de la science renferment plusieurs exemples de corps étrangers qui, après avoir pénétré dans nos parties ont séjourné plus ou moins longtemps soit dans une des cavités du corps, soit dans l'épaisseur d'un membre, sans occasionner des accidents graves. La plupart de ces cas se sont terminés heureusement par l'extraction des corps étrangers, opérés par l'art dès que leur présence était reconnue, et quelquefois par les seuls efforts de la nature. Bien que ces cas soient connus de praticiens, ils n'en sont pas moins rares, et il n'est pas inutile de faire connaître ceux qu'on a l'occasion d'observer. Le *Bulletin général de thérapeutique* a publié deux faits qui ont avec celui que je me propose de rapporter, une certaine analogie. Dans l'un (n° du 30 juin 1835) il s'agit d'une aiguille extraite de la partie postérieure et supérieure de la cuisse droite, sur le trajet du nerf sciatique, que l'auteur suppose avoir été avalée, bien que le sujet de l'observation, employé supérieur au ministère des Finances, n'en ait aucun souvenir; dans l'autre, rapporté par M. Piazza, chirurgien au 6e léger (n° du 30 juin 1836), il est question d'un caporal chez lequel une aiguille entrée dans la fesse droite, à son insu, fut extraite, onze mois après, à la jambe correspondante. Ce qu'il y a de remarquable dans cette observation, c'est que ce corps étranger à deux pointes a circulé dans les tissus, sans que le sujet s'en soit aperçu.

Le fait suivant ne présente pas moins d'intérêt :

Le 21 janvier 1836, l'enfant du nommé Schuts, indigent, rue Petite Senne, section 3, n° 14, me fut présenté dans mon service chirurgical des pauvres. Cet enfant, âgé de treize mois, souffrait depuis plusieurs jours sans qu'on put assigner la cause et la nature de son mal; il manifestait ses souffrances par des cris aigus presque continuels, des agitations et des contorsions des muscles, qui allaient parfois jusqu'à produire les symptômes des convulsions. En palpant l'abdomen, je sentis à travers les téguments du ventre, à la partie supérieure droite de la région ombilicale au-dessus du nombril et vers la région épigastrique un corps dur, cylindrique, situé longitudinalement, qui augmentait les cris de l'enfant lorsque je pressais dessus. Je ne pus avoir de la mère aucun renseignement qui pût aider le diagnostic; je ne doutai pas cependant que ce ne fut un corps étranger entré dans les chairs et qui peut-être avait cheminé dans les tissus jusqu'en cet endroit. Je pratiquai vers l'extrémité supérieure de ce corps étranger, à la peau, sur laquelle j'avais fait préalablement un pli longitudinal, une petite incision transversale. Quel ne fut pas mon étonnement d'y apercevoir l'extrémité d'une aiguille à coudre, que je fis saillir dans la plaie, à l'aide d'une légère pression de bas en haut. Au moyen d'une pince à disséquer, je parvins facilement à extraire ce corps étranger, qui était, comme je l'avais pensé d'abord, une forte aiguille à coudre, noire et oxidée, dont l'extrémité œillée, par laquelle elle s'était présentée d'abord, avait été brisée avant son introduction dans les chairs. Les cris de l'enfant cessèrent aussitôt; je réunis la petite plaie au moyen d'un emplâtre agglutinatif, et deux jours après elle était entièrement cicatrisée; les cris plaintifs du petit malade avaient cessé et il ne manifestait plus aucun signe de douleur ou de souffrance.

Je ne pus recueillir des parents aucun renseignement qui me fit connaître par quelle voie et de quelle manière ce corps étranger était entré dans les chairs; j'examinai avec la plus grande attention les parois abdominale et thoracique, et nulle part je ne découvris de trace de piqûre récente qui pût me faire soupçonner l'endroit par où l'aiguille avait pénétré. Cette aiguille avait-elle été avalée, comme on en possède des

(1) Présentée dans la séance du 8 août 1836.

exemples? Je ne le pense pas; car outre qu'elle eut passé difficilement à travers le pharynx, chez un être aussi délicat et où les organes de la déglutition sont encore peu exercés sur des corps solides, il me semble qu'elle eût dû déterminer des accidents graves avant de pénétrer dans l'œsophage ou l'estomac. Il me paraît plus raisonnable de croire, que cette aiguille ayant servi à attacher les langes de l'enfant, à défaut d'épingle, bien que la mère ne se le rappelle pas, elle se sera introduite dans les chairs et aura circulé plus ou moins loin dans les tissus; et ce qui donne plus de vraisemblance à cette opinion, c'est que la pointe de l'aiguille était dirigée en bas, circonstance qui semblerait avoir favorisé sa marche descendante.

Accouchement à l'âge de cinquante-quatre ans; hémorrhagie utérine après la délivrance; guérison; réflexions; par Amé-Joseph Philippart, docteur en médecine, en chirurgie et en accouchements à Tournay, membre correspondant de la Société des sciences médicales et naturelles de Bruxelles, et de la Société de médecine de Gand.

Madame Sarsonnier, âgée de cinquante-quatre ans, douée d'une constitution assez forte, avait toujours été bien réglée, et n'avait jamais éprouvé d'autres maladies qu'une fièvre intermittente quotidienne, occasionnée et entretenue pendant longtemps par l'habitation des polders.

Elle avait accouché de neuf enfants, tous à terme et sans accident, le dernier excepté, qui vint à six mois : le premier accouchement avait eu lieu à l'âge de 27 ans, et le dernier, à 45.

Depuis cette époque, cette dame vit ses règles revenir périodiquement jusque vers le milieu du mois de mars 1836. Alors, elles cessèrent brusquement : les nausées, les vomissements qu'elle ne tarda pas à éprouver après la disparition de l'écoulement menstruel; les douleurs qu'elle ressentit en même temps dans les lombes et la région hypogastrique, et d'autres légers accidents la déterminèrent à consulter un homme de l'art, qui lui administra beaucoup de drogues, pendant trois mois, lui assurant que son état était dû à l'âge critique. Le fœtus, qui se développait pendant ce temps, fit sentir ses mouvements à cette époque, et instruisit par là sa mère de la véritable nature de sa maladie.

Elle cessa dès lors toute médication, quoiqu'elle éprouvât encore des douleurs dans les lombes et l'hypogastre. Seulement le 23 novembre suivant, quelques phénomènes de pléthore nécessitèrent une saignée de trois palettes.

Le 26 du même mois, vers onze heures du matin, je fus appelé près d'elle, et je pus constater le commencement du travail de l'enfantement : les douleurs, légères et de courte durée, se faisaient sentir à des intervalles assez éloignés, dans les lombes et la région ombilicale; une grande quantité de glaires étaient expulsés de la vulve; le col de la matrice présentait une ouverture de la grandeur d'un franc. Les douleurs ne tardèrent pas à augmenter; le col de la matrice s'élargit; la poche des eaux se forma et se rompit vers minuit. Malgré les douleurs les plus violentes, la tête de l'enfant qui se trouvait en première position, descendait avec peine dans l'excavation pelvienne; et ce ne fut qu'à trois heures du matin qu'elle franchit les parties externes avec le reste du fœtus vivant, mais très-grêle pour son âge.

La délivrance se fit attendre un quart d'heure environ; mais à peine le placenta et ses annexes furent-ils expulsés naturellement, qu'une hémorrhagie prompte et abondante mit instantanément la femme dans un état alarmant : le sang était versé à grands flots hors des parties génitales; la région de l'utérus s'élevait sensiblement et indiquait que ce liquide s'accumulait dans sa cavité; le froid et la pâleur se répandaient sur toute la surface du corps; le timbre de la voix baissait; le pouls, petit et mou, semblait fuir; les syncopes avaient lieu et l'affaiblissement faisait des progrès rapides. La position horizontale; l'air frais, les frictions sur l'hypogastre; les compresses d'eau froide sur l'abdomen et les cuisses; les injections d'oxicrat poussées dans la cavité utérine même, avec les précautions indiquées par Pierre-Étienne Kock, ancien médecin de Bruxelles; une potion, faite avec quatre gros d'extrait de ratanhia, furent les moyens que j'employai aussitôt. Mais, comme ils ne semblaient produire aucun effet, que l'état de la femme devenait très-inquiétant, j'introduisis de suite ma main droite dans la cavité de la matrice, que je trouvai très-distendue par une masse énorme de caillots sanguins, et dont je la vidai, en les ramenant au-dehors avec la même main. Cette opération terminée, j'introduisis aussitôt, dans cette cavité, un citron dépourvu de son écorce, dont j'exprimai le suc avec force. Immédiatement après, je comprimai fortement l'aorte ventrale sur l'angle sacro-vertébral, après avoir pour ainsi dire massé la matrice à travers les parois abdominales; je fis couvrir les seins de sinapismes, et je fis donner la décoction d'un gros de seigle ergoté, que je venais de faire préparer. Ces moyens réussirent. Le seigle ergoté n'était pas administré de dix minutes, que des douleurs plus violentes que celles que la femme avait éprouvées pour accoucher, se firent sentir dans l'hypogastre, où l'on sentait en même temps les contractions énergiques de la matrice, rendues telles que l'administration d'une nouvelle décoction d'un second gros de seigle ergoté, fut nécessitée par la réapparition de l'hémorrhagie.

Je ne cessai la compression de l'aorte qu'à sept heures du matin, que je quittai la femme, pour aller prendre quelque repos. Alors, le pouls était relevé; les syncopes avaient disparu; le sang avait cessé de couler et de distendre la cavité utérine; les contractions de la matrice se faisaient sentir manifestement à la main appliquée sur les parois abdominales; les douleurs continuaient toujours avec la même violence, à tel point que, ne cessant point, je fus obligé de prescrire, le lendemain matin, 28, dans l'intention de les calmer, une cuillerée toutes les heures, de la potion suivante, qui réussit complétement :

℞.	Aqua flor. aurant.	℥v.
	Éther. sulfuric.	℈j.
	Syrup. menth.	℥j.

Mêlez.

La patiente garda ainsi le repos le plus complet pendant quarante-huit heures; et, ce ne fut que lorsque ce temps fut écoulé, qu'on la changea de linges. Dès ce

moment, toutes les fonctions rentrèrent dans leur état normal : les lochies coulèrent et la sécrétion du lait s'établit, comme dans les cas les plus ordinaires. La quantité d'aliments fut bientôt augmentée (on lui avait déjà donné quelques bouillons); et au fur et à mesure que le temps avançait, cette dame se rétablissait. Elle se leva le neuvième jour de son accouchement, et sortit en voiture le quinzième. Il lui restait encore de la pâleur, de la faiblesse et une céphalalgie assez violente. Du reste, elle et son enfant se portent actuellement fort bien.

Réflexions. — L'inertie, dont la matrice fut frappée dans ce cas, après la délivrance, à laquelle elle semblait d'ailleurs prédisposée, eu égard à la longueur du travail et à l'âge de cette dame, s'est manifestée par des signes évidents. Il est utile de remarquer qu'en même temps que le sang était versé à flots hors des parties génitales, il s'accumulait dans la cavité utérine, ce qui explique l'extrême danger que la femme courut presque immédiatement après la délivrance.

Les moyens qui ont été employés, prouvent que ce n'est qu'en faisant cesser promptement la disposition anormale du tissu utérin qui constitue l'inertie, que l'on peut espérer de se rendre maître de ces hémorrhagies, qui inspirent très-souvent les plus vives inquiétudes, et expliquent par là leur mode d'action.

L'on a pu remarquer l'inefficacité des frictions exercées sur l'hypogastre; des réfrigérants appliqués extérieurement; des injections d'eau vinaigrée, poussées dans la cavité utérine, et des astringents énergiques employés à l'intérieur, quoique ces moyens jouissent d'une grande réputation.

Il n'en fut pas de même de l'introduction de la main dans la matrice, qui rappela les contractions de cet organe, ainsi que du suc de citron exprimé dans sa cavité, du seigle ergoté, dont les effets furent des plus manifestes, de la compression de l'aorte ventrale et des révulsifs appliqués sur les seins. Ces derniers moyens, sagement combinés et mis en pratique avec célérité et dextérité, doivent être regardés comme les plus efficaces. Je reviendrai, dans un autre mémoire, sur les effets du seigle ergoté, qui doit être considéré comme un médicament très-précieux dans les hémorrhagies utérines, ainsi que dans plusieurs autres cas de tocologie pratique.

Ulcère cancéreux de la jambe droite ; amputation ; guérison. Observation communiquée par M. Hoebeke, chirurgien, à Sottegem, Flandre Orientale.

Au mois de juillet 1835, je fus demandé en consultation, dans la commune d'Herzeele, pour la nommée Berlinde Baudrinus, atteinte d'un ulcère cancéreux, qui avait rongé toute la partie antérieure et interne de la jambe droite. Cet ulcère s'étendait depuis deux travers de doigt environ au-dessous du genou, jusqu'à quatre travers de doigt au-dessus de l'articulation tibio-tarsienne. Il s'étendait en profondeur, de manière qu'il avait détruit presque toute l'épaisseur du membre. Le corps des deux os de la jambe, dans une étendue de deux à trois pouces était mis à nu et nécrosé. Le cancer avait détruit totalement le tibia et le péroné dans au moins un pouce de leur longueur, ce qui permettait de ployer la jambe sur elle-même, de manière à appliquer l'une des malléoles contre le genou.

La surface de l'ulcère était d'un aspect grisâtre ; ses bords inégalement decoupés, étaient d'un rouge violet ; une sanie abondante s'en écoulait ; elle était le siége de fréquentes hémorrhagies ; des douleurs atroces et lancinantes se faisaient ressentir, et la plaie exhalait une odeur infecte, *sui generis*, qui seule suffisait pour caractériser l'affection.

A ces symptômes locaux se joignait l'état suivant de l'organisme :

D'une constitution lymphatique, approchant de l'âge critique, un teint jaunâtre de la peau, des chairs flasques et légèrement œdématiées, des digestions laborieuses, une constipation alternant avec un dévoiement, une toux fréquente, des crachats purulents, des sueurs nocturnes, de l'insomnie, les glandes anguinales engorgées, le ventre ballonné, le pouls petit et fréquent, tel était l'ensemble des signes peu favorables que nous offrit l'examen de la malade.

En voyant un pareil désordre, je fus d'abord convaincu qu'aucun remède ne pouvait ni guérir ni alléger cette affection ; je ne balançai pas cependant à proposer l'ablation du membre, dans l'espoir que l'opération retarderait de quelques jours la mort de cette malheureuse, en prévenant l'érosion et la rupture des gros troncs artériels, qui était à craindre à chaque instant, et aurait inévitablement entraîné la mort par l'hémorrhagie foudroyante qui en serait résulté.

Je m'y décidai d'autant plus facilement, que la malade réclamait l'opération comme une faveur, afin, disait-elle, que pour le peu de temps qu'elle avait encore à vivre, elle fût débarrassée de ses horribles douleurs, et surtout de cette odeur infecte qui s'exhalait de la plaie.

En présence et aidé de MM. Waremoes, Vandersype, médecin traitant, et Vermeire mes collègues et de M. Coppez, élève en médecine, je pratiquai l'amputation le 3 juillet 1835, deux jours après ma première visite, et sans que la malade subit aucune préparation. L'opération fut pratiquée à quatre travers de doigt au-dessus du genou, par la méthode circulaire ; elle ne présenta aucune circonstance remarquable, sinon le courage, on pourrait presque dire l'insensibilité avec laquelle la malade la supporta. Les ligatures furent placées dans l'angle inférieur et la plaie réunie par première intention ; après un pansement simple la malade fut mise au lit.

On plaça un tourniquet pour prévenir une hémorrhagie secondaire, et parcequ'étant éloigné de cette commune d'une lieue et demie, je ne pouvais voir la malade assez fréquemment. Le lendemain de l'opération, un peu de sang ayant percé l'appareil, le médecin traitant craignant une hémorrhagie, serra le tourniquet d'un tour ou deux.

La malade ayant bien reposé depuis l'opération, son appétit étant revenu, et ne se plaignant d'aucune douleur ni de gêne, soit dans la plaie soit dans l'endroit où était placé le tourniquet, quel ne fut pas notre étonnement lorsqu'au second pansement, 5e jour de l'opération, nous vîmes la surface de la plaie gangréneuse, et qu'en détachant le tourniquet nous aperçûmes que sa contriction trop forte en était la cause ; à l'endroit où il était appliqué il s'était formé autour du membre une escarre d'un pouce de largeur, et dont la chute laissa une plaie d'un pouce à peu près de profondeur. Au moyen d'un régime tonique, de pansements fréquents, de lo-

tions avec une forte décoction de quinquina, et surtout en lavant la plaie avec une dissolution très-concentrée de chlorure de chaux et en la saupoudrant avec le même médicament, nous avons obtenu une cicatrisation complète en moins de deux mois. Aucun autre accident n'est venu compliquer le traitement, et la santé générale n'a aucunement souffert de la complication grave survenue à la suite de l'opération ; les fonctions se firent régulièrement, la constitution se fortifia, la toux disparut entièrement, et aujourd'hui (janvier 1837) cette femme jouit d'une santé parfaite, pouvant se transporter partout, vaquant au soin du ménage et exerçant sa profession de couturière, sans qu'aucun symptôme ne fasse craindre une récidive.

Tumeur cancéreuse de la jambe gauche ; amputation ; guérison. (Observation recueillie par le même).

Le nommé Loore, âgé de 36 à 38 ans, d'un tempérament sanguin, vint me consulter en 1828, pour une tumeur à la jambe gauche. Cette tumeur était située à la partie interne et à la réunion du trois quart supérieur avec le tiers moyen de la crête du tibia. Elle était de la grosseur d'un œuf de poule, indolente, mobile, les téguments qui la couvrait étaient sains, le membre ne présentait aucun gonflement, ni engorgement glandulaire.

N'ayant confiance dans aucune médication pour resoudre cette tumeur, et pour débarrasser promptement le malade de la gêne qu'elle lui occasionnait, ainsi que pour éviter des accidents plus graves qui pourraient en résulter, je lui conseillai l'extirpation. Ce conseil effraya le malade ; il me dit qu'il y réfléchirait et je le perdis de vue jusqu'en novembre 1830.

Pendant ce temps il consulta, à Gand, Grammont et ailleurs, plusieurs médecins et chirurgiens de mérite, il subit divers traitements jusqu'au 26 novembre 1830, puis on lui parla comme d'une dernière ressource de l'extirpation de la tumeur ou de l'amputation du membre.

A cette époque il me consulta de nouveau ; je trouvai la tumeur dans l'état suivant : la tumeur s'étendait de la partie inférieure du genou à la partie moyenne de la jambe, et transversalement depuis deux travers de doigt du côté externe de la crête du tibia, jusqu'au bord interne du muscle solaire; son volume était plus considérable que celui de la tête d'un fœtus à terme.

Cette tumeur évidemment de nature cancéreuse et dont les téguments étaient entièrement détruits, était formée de chairs fongueuses; un ichor fétide, et qui détruisait les parties sur lesquelles il séjournait, s'en écoulait en grande quantité ; des hémorrhagies abondantes se renouvelaient fréquemment, et survenaient à chaque pansement et à chaque attouchement quelque léger qu'il fut ; des douleurs lancinantes se faisaient ressentir et ne laissaient pas de repos au malade. La constitution de Loore avait entièrement changé, lui qui deux années auparavant était fort et robuste, et sur les traits duquel on voyait empreinte la santé la plus florissante. Il présenta à mon examen outre les symptômes locaux que j'ai énumérés, les symptômes généraux suivants : peau d'une teinte jaunâtre; ses traits tirés, embonpoint ayant fait place à un marasme qui faisait peine à voir, insomnies continuelles produites par des douleurs intolérables, toux fréquente et extrêmement fatigante, suivie d'une expectoration abondante qui commençait à devenir purulente, et dans laquelle on remarquait de temps en temps quelques stries sanguines ; nul appétit, soif inextinguible, digestions lentes et laborieuses, langue rouge, pointue ; pouls petit et accéléré ; diarrhée qui datait depuis 8 jours ; sueurs nocturnes, glandes inguinales fortement engorgées et commençant à devenir douloureuses.

Tous ces symptômes joints à l'impossibilité de préciser à quelle profondeur pénétrait ce cancer, dont tout la constitution paraissait infectée, me firent juger que non-seulement l'extirpation n'était pas praticable, mais encore qu'elle serait plus douloureuse, plus difficile à pratiquer et offrait moins de succès que l'ablation du membre.

Ces considérations, et le désir de soulager, ne fut-ce que momentanément le malade, me firent conseiller l'amputation ; mais cette opération étant la première de ce genre que j'allais pratiquer, et sachant que des collègues jaloux n'attendaient qu'une non-réussite pour m'enlever une clientelle qui ne faisait que commencer, je ne lui cachai pas l'état précaire dans lequel il se trouvait, lui faisant observer que même si l'opération réussissait, je ne pouvais lui assurer que son mal ne reparût dans une autre partie.

Le malade me disant qu'il voulait suivre exclusivement mes conseils, et qu'il en acceptait toutes les chances, j'exigeai au préalable qu'il allât consulter M. Verbeck, professeur à l'université de Gand, dont les connaissances pratiques sont généralement reconnues ; le malade s'y étant rendu, et à son retour, fort alors de ce que ce praticien distingué avait partagé mon opinion, je me décidai à l'opérer.

Le 11 décembre, je pratiquai l'amputation par la méthode circulaire à 4 travers de doigt au-dessus du genou.

L'opération ne présenta rien de remarquable, sinon la difficulté que j'eus à faire les ligatures, ce qui provenait de ce que mes aides étaient de jeunes praticiens peu habitués à assister à de grandes opérations.

Craignant que des ligatures ne vinssent à se détacher ou à couper quelque artère, je n'osai pas réunir par première intention ; je remplis donc la plaie avec des boulettes de charpie et de colophane, rapprochant légèrement les téguments au moyen de bandelettes aglutinatives, recouvrant le tout de charpie, de quelques compresses et d'un bandage roulé, légèrement compressif autour du moignon, un tourniquet d'attente fut appliqué et le malade mis au lit.

Prescription. Diète, boisson gommeuse, et pour potion, à prendre toutes les deux heures une cuillerée :

R.	Mucilag. gum. arab.	℥ vij.
	Syr. diacod.	℥j
	Aq. naphæ.	℥j

Le 12, le malade n'accuse aucune douleur, il a reposé pendant 3 heures, la toux a beaucoup diminué; même traitement.

Les 13 et 14, même état, même traitement; deux tasses de bouillon par jour; pour boisson du lait de chèvre coupé ; le malade a une garde-robe.

Le 15, pansement; la suppuration commence à s'établir, le malade à un peu de fièvre, on supprime le bouillon.

Les 16, 17, 18, la plaie a un aspect favorable ; plus de fièvre; la toux et l'expectoration sont presque nulles; il dort toute la nuit; l'appétit augmente, une selle liée par jour ; les glandes inguinales ne sont plus douloureuses, et leur volume est reduit de moitié ; on commence à accorder quelques aliments légers et nutritifs.

Du 19 au 21 toutes les ligatures tombent, à l'exception de celle placée sur l'artère crurale ; on augmente graduellement la quantité d'aliments.

Le 25, la ligature de la crurale se détache aussi, la plaie se rétrécit, le malade se lève quelques heures par jour ; son teint se rapproche de l'état de santé, son embonpoint commence à revenir.

Le 21 janvier 1831, la plaie est entièrement cicatrisée, le malade marche à béquilles, depuis quelques jours ; il jouit d'une bonne santé.

Depuis cette époque jusqu'aujourd'hui, janvier 1837, 6 ans depuis l'opération, cet homme jouit de la santé la plus florissante ; aucun symptôme qui pût faire craindre un retour de l'affection cancéreuse n'est venu troubler sa tranquillité, et je regarde maintenant cette guérison comme radicale.

Ces observations offrent un intérêt incontestable, en ce qu'elles présentent deux exemples de guérison radicale de cancers fort avancés, et qui pouvaient à juste titre être classés parmi les cas de *noli me tangere*. Le succès obtenu a dépassé mon attente ; je n'ai pratiqué ces opérations que dans l'espoir de soulager momentanément les malades; tout me faisait craindre, ou que la maladie aurait repullulé ailleurs, ou que les malades auraient succombé à la phthisie pulmonaire, que tous les symptômes indiquaient arrivée à un état fort avancé.

Ces opérations, que je pratiquais comme moyens palliatifs, ont cependant été suivies de succès : ce qui prouve combien la nature aidée de l'art, peut offrir de ressources pour changer en quelques jours toute la constitution, et arracher des malheureux à la mort.

Outre l'intérêt qu'offre l'historique de ces cas, ils nous présentent quelques indications pratiques sur lesquelles il n'est pas inutile d'appeler un moment l'attention des praticiens. Ces indications sont : 1° de pratiquer les opérations dans les cas de ce genre, le plus tôt possible, avant que le volume de ces tumeurs ou l'étendue de ces ulcères ne soient devenus considérables, avant ou au moins aussitôt qu'un symptôme cancéreux se laisse apercevoir. Ces opérations ne peuvent jamais être pratiquées trop tôt : en extirpant le mal à sa naissance on préviendra souvent la perte d'un membre ; plus elles seront pratiqués près de l'époque de l'origine de l'affection, plus elles seront faciles, moins il y aura de danger pour le malade, moins il y aura de difformité dans les parties sur lesquelles on opère, moins il y aura de chances de récidive, dans une autre partie du corps.

2° Que l'opération pratiquée dans la dernière période des affections cancéreuses, à l'époque où ces affections paraissent infecter tout l'organisme, peut encore être suivie d'une guérison radicale. Je suis d'autant plus convaincu de la vérité de cette assertion, que ce ne sont pas les seuls cas de ce genre que j'ai rencontrés dans ma pratique et qui ont eu le même résultat.

3° Que les désordres intérieurs que l'on remarque à une époque fort avancée de cette maladie, ne sont souvent que superficiels et nullement en rapport avec leurs symptômes.

4° Que l'opération est un dernier moyen qu'il faut toujours tenter. HOEBEKE.

VARIÉTÉS.

SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES ET NATURELLES DE BRUXELLES.

La Société des sciences médicales et naturelles de Bruxelles, dans sa séance du 3 octobre 1836, a mis au concours les deux questions suivantes :

Ire QUESTION.

« *Apprécier physiologiquement la phrénologie et la crâniologie ; indiquer les applications pratiques que l'une et l'autre peuvent fournir à l'hygiène, à la morale, à la médecine légale, et à la thérapeutique des différentes maladies du système nerveux intra-crânien.* »

La question devra être résolue pour le 1er février 1838.

Le prix sera une médaille d'or de la valeur de trois cents francs.

IIe QUESTION.

Les différents écrits publiés sur l'ophthalmie de l'armée, le grand nombre des moyens mis en usage pour arriver à son extinction, n'ayant pas atteint entièrement leur but, la Société propose pour sujet de prix la question suivante :

« *Décrire les causes, les symptômes, la nature et le traitement de l'ophthalmie qui règne dans l'armée.* »

La Société désire que les concurrents s'attachent spécialement à la partie prophytactique de la question et qu'ils appuyent leurs opinions de faits authentiques et concluants.

La question devra être résolue pour le 1re février 1839.

Le prix consistera en une médaille d'or de quinze cents francs ou la valeur en espèces.

Les mémoires écrits très-lisiblement en latin ou en français et portant une devise, répétée sur un billet cacheté contenant le nom, la demeure et les titres de l'auteur, devront parvenir *francs de port* à M. le docteur MARINUS, secrétaire-adjoint de la Société, rue du Grand-Hospice, N° 8, à Bruxelles, avant le 1er février 1838 pour la première question, et avant le 1er février 1839 pour la question relative à l'ophthalmie de l'armée.

Les ouvrages imprimés ne sont point admis au concours.

Tout mémoire soumis au jugement de la Société devient sa propriété ; mais l'auteur à la faculté d'en faire prendre des copies à ses frais.

Les membres résidants sont seuls exclus du concours.

Bruxelles, le 1er février 1837.

Le secrétaire-adjoint,
J. R. MARINUS, D.-M.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE.

MANUEL DES BANDAGES, *à l'usage des étudiants en médecine ;* par F.-J. LUTENS, docteur en chirurgie et en accouchements, lecteur à l'Université de Gand ; chirurgien-adjoint à l'hôpital civil ; membre de la Commission médicale de la Flandre orientale, membre correspondant des Sociétés de médecine de Bruxelles et de Louvain, et de la Société des sciences naturelles de Liége.

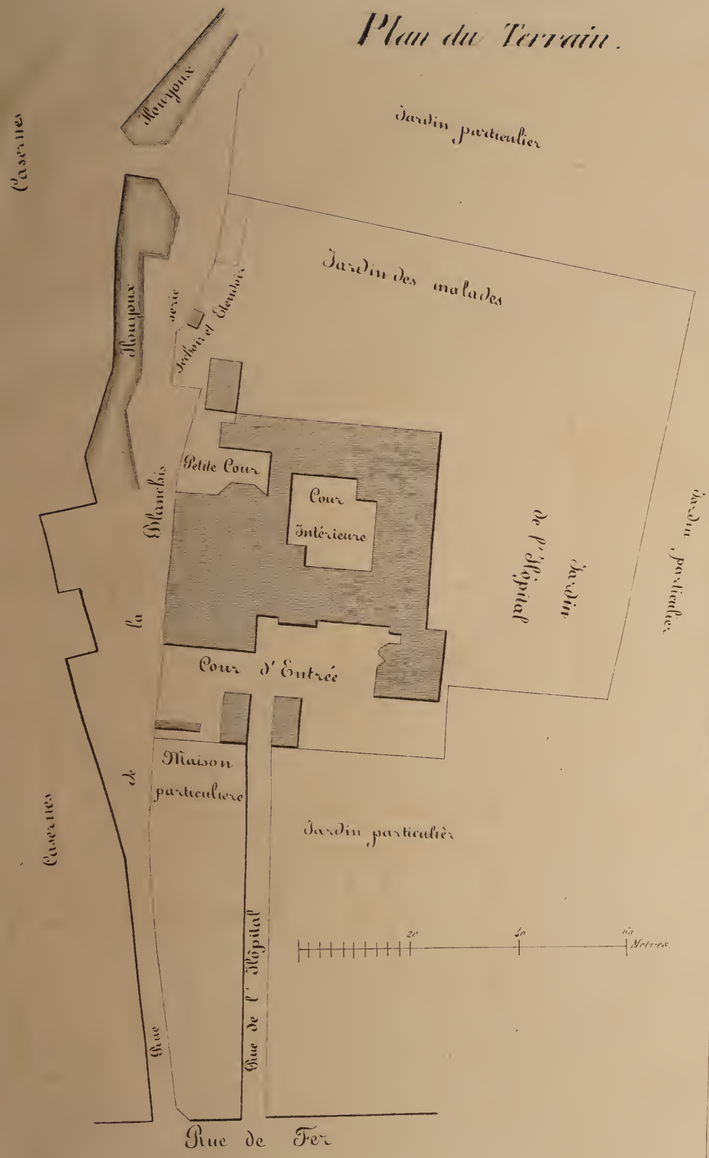
TROISIÈME ÉDITION, revue et augmentée des principaux appareils de déligation de M. MAYOR, de Lausanne.

Bruxelles, 1837, librairie médicale et scientifique de J.-B. TIRCHER, rue de l'Étuve, n° 20. 1 vol. in-18 de 186 pages, avec 7 planches lithographiées.

Prix : 3 fr. 50 c.

Cet ouvrage, spécialement destiné aux étudiants en médecine, est divisé en six parties : la première se compose de généralités sur les pièces d'appareils et les bandages ; les autres traitent successivement des bandages de la tête, du cou, du tronc et des extrémités, et enfin des principaux appareils de déligation de M. Mayor, qui ne se trouvent point décrits dans les deux premières éditions. Des figures lithographiées exécutées avec soin, facilitent l'étude de cette partie de la chirurgie, qui ne s'acquiert que par la pratique. M. Lutens a compulsé la plupart des auteurs qui ont écrit sur cette partie de l'art ; « nous en avons extrait, dit-il, tout ce qui nous a paru propre à remplir nos vues ; et, ne cherchant pas à donner du nouveau ou de l'extraordinaire, nous nous sommes efforcé seulement de faire un livre utile. » Ce but, l'auteur l'a atteint, le succès de son manuel l'atteste ; il a su choisir avec discernement les bandages qui conviennent à chaque région du corps, élagué tous ceux qui ne sont pas d'une utilité réelle dans la pratique ; mais ce qui nous a frappé, c'est qu'il ne dit pas un mot du bandage inamovible importé en France par le baron Larrey et dont l'application au traitement des fractures est suivie de si beaux résultats. L'auteur ne serait-il pas partisan de l'emploi de ce moyen ? Il aurait dû dire au moins les raisons pour lesquelles il n'a pas jugé convenable de le faire figurer dans son livre à côté des appareils du célèbre chirurgien de Lausanne. A part cette omission, le manuel que nous annonçons sera très-utile aux étudiants en médecine et même aux jeunes chirurgiens, en leur rendant facile l'étude des bandages, trop généralement négligée. (M.....)

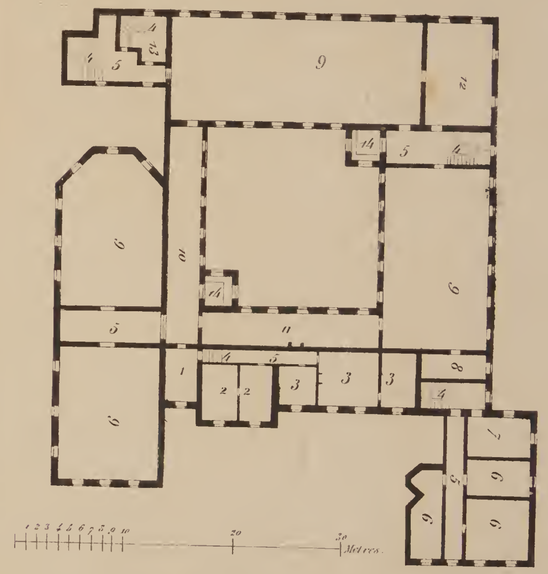
Plan du Terrain.



Plan du Rez de Chaussée.

Plan de l'Etage.

1. — Chambre de l'infirmier major de garde
2.2 — Magasin au linge
3.3.3 — Logement du directeur
4.4.4.4.4 — Escalier
5.5.5.5.5.5 — Vestibules
6.6.6 — Magasin de la pharmacie
7 — Chambre de conférence
8 — Petite Salle pour trois lits
9.9.9.9 — Salle pour fiévreux et ophthalmiques
10 — Corridor pouvant servir de Salle
11 — Salle des Sous-Officiers
12 — Salle des Officiers
13 — Petite Salle pour deux lits
14.14 — Latrines de l'étage



LA LANCETTE FRANÇAISE,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

JANVIER 1837.

N° 1. — 3 JANVIER.

HOPITAL DES VÉNÉRIENS.

M. RICORD.

(*Leçon clinique.*)

Nous avons dit que la cause spécifique des maladies vénériennes agissait immédiatement sur le point où elle était appliquée. Il n'y a pas d'incubation comme on l'a prétendu, il y a seulement évolution locale dès le jour même de l'application. Jamais une pustule d'inoculation ne se manifeste autre part que dans le point précis où le pus a été inoculé.

Mais l'affection peut rester longtemps locale; elle peut même demeurer en cet état pendant toute sa durée, car l'infection générale manque souvent après coup. C'est ainsi que la vaccine produit d'abord un effet local, que, parvenue à une certaine époque de son développement, elle produit des effets généraux qui peuvent encore manquer, ce qui est plus que probable lorsqu'elle échoue dans son action préservatrice de la variole. La même chose a lieu pour la syphilis; mêmes phases de développement pour la pustule de la vaccine et pour celle de la vérole. Ainsi, nous pouvons dire incidemment, que tant que rien ne se montre sur les individus qui se sont exposés à l'infection, aucun traitement rationnel ne saurait être appliqué.

Mais si quelque symptôme apparaît, c'est alors qu'il faut agir avec énergie, car l'infection générale ne saurait arriver qu'après l'affection locale.

Le virus vénérien, avons-nous dit, produit la pustule comme la vaccine, presque d'après la même évolution. Ainsi, l'inoculation étant faite, vingt-quatre heures après le point piqué rougit; du second au troisième jour il se tuméfie un peu, et présente l'aspect d'une petite papule qu'entoure une auréole rouge; du troisième au quatrième, l'épiderme est soulevé par un liquide séro-purulent, et prend la forme souvent vésiculeuse offrant à son sommet un point noir, résultat du desséchement du sang de la petite piqûre; du quatrième au cinquième, la pustule prend une forme ombiliquée; le cinquième jour, souvent l'auréole rouge commence à s'éteindre, la sécrétion purulente a lieu, et l'inoculation offre tous les caractères d'une véritable pustule d'ecthyma. Le point central déprimé correspond à la piqûre de la lancette.

A mesure que la suppuration se forme, la base s'infiltre et durcit, mais seulement vers le sixième jour.

A partir de cette époque le pus commence à se dessécher, et il se forme des croûtes qui se stratifient en cône tronqué, et elles peuvent quelquefois rester plus de vingt jours en place. Sous les croûtes se trouve un ulcère, dont on eût pu constater la présence dès que l'épiderme a été soulevé.

C'est de cette manière que le plus souvent se développe la pustule, et s'il est des exceptions, c'est du moins le terme moyen. Ainsi, d'après la marche la plus régulière, papule, vésicule, pustule, croûte, ulcération; et cette ulcération constitue le chancre qui est le point de départ, le début de la syphilis; l'incubation ordinaire n'est que l'évolution que nous venons d'indiquer.

La base du chancre induré ressemble assez au tissu élastique de certains cartilages. Le fond, la partie qui repose sur la base, est formé d'une couche grisâtre, dont la nuance doit varier selon le siége, et se montre plus foncée lorsqu'elle est exposée à l'air; quelquefois lardacée, couenneuse, elle offre l'aspect des cartilages malades, ne s'enlève pas en abstergeant, et pourrait souvent se confondre avec la lymphe plastique.

Les bords ont une forme régulière et paraissent taillés à pic; on dirait que la perte de substance a eu lieu par un emporte-pièce; ils sont un peu décollés, et le fond a plus de diamètre que l'entrée, dont la circonférence est dentelée et formée par une couche couenneuse et lardacée.

L'anneau qui circonscrit les bords est induré comme eux; au-delà de la marge se trouve une auréole d'un rouge brun livide, et d'autant plus foncée que le décollement est plus grand.

Tels sont les caractères du chancre régulier, du chancre huntérien, sans lesquels il n'y a pas chancre selon quelques médecins; mais il faut ne pas être susceptible de conviction pour admettre ces caractères comme nécessaires; cette idée fixe du chancre huntérien a fait beaucoup de tort aux progrès de la science; car la proposition émise, que le chancre n'est ni dans ses bords, ni dans son fond, ni dans ses autres caractères de forme, mais tout entier dans le pus qu'il sécrète, est irréfragable.

Cependant nous devons reconnaître que c'est pendant qu'il présente au moins un des caractères indiqués qu'il fournit le pus spécifique susceptible de s'inoculer.

Le chancre, arrivé à sa période de réparation, n'est

pas incurable. C'est ordinairement par le fond que la guérison commence; mais les bords, qui peuvent rester encore à la période ulcérative, permettent quelquefois au chancre de continuer à s'étendre en superficie. Toutefois, si le travail de réparation continue, le fond se met bientôt au niveau des parties voisines; des bourgeons charnus de bonne nature se développent, et dès cette période de réparation l'auréole disparaît, la marge prend une couleur grise perlée, l'induration des bords et de la base disparaît à mesure que la cicatrisation arrive; mais quelquefois cette induration reste. Telle est la marche régulière.

Cependant l'ulcère peut ne pas se réparer dans tous les points en même temps, et alors un point à la période ulcérative peut inoculer un autre point en voie de réparation. TREUILLE.

Note sur quelques recherches microscopiques.

Pendant que je m'occupe des préparations nécessaires aux recherches microscopiques que M. Ricord poursuit depuis quelque temps, afin d'étudier les diverses sécrétions chez les vénériens, j'ai, pour ma part, observé quelques faits applicables à la médecine légale, quant à la distinction des taches formées sur le linge ou tout autre corps par le sang, le mucus, le pus, et enfin le sperme.

Me proposant de publier plus tard, à la suite du travail de M. Ricord, le détail des diverses expériences que j'ai faites, et des indications nécessitées par quelques cas exceptionnels qui peuvent offrir des difficultés, je donnerai ici seulement l'exposé de la méthode qui me paraît la plus simple, la plus facile à appliquer d'une manière générale à ce genre d'investigation.

On sépare, s'il se peut, la partie sur laquelle on doit expérimenter, on la place dans un vase peu profond (je me sers le plus souvent de verres de montre), puis on verse dessus de l'eau distillée de manière seulement à ce que le liquide offre une ou deux lignes d'épaisseur.

Dès que la tache est bien imbibée, on râcle légèrement sa surface avec une spatule; dans quelques cas même, lorsque la matière est en assez grande quantité, on se contente d'agiter un instant le liquide.

Si on soumet alors l'eau de lavage ainsi obtenue au microscope pour le premier cas, on retrouve les globules du sang dont quelques-uns, il est vrai, se montrent déformés en raison directe de l'ancienneté de la tache et des frottements auxquels elle a été exposée; mais dans le nombre, on en retrouve toujours présentant des caractères tels, qu'il suffit de les avoir vus une fois pour les distinguer dans tous les cas.

Dans les eaux de lavage du mucus, du pus et du sperme, on retrouve toujours l'apparence des liquides qu'on a intérêt à reconnaître; pour le pus surtout, les globules se montrent avec la plus grande facilité, et, pour le sperme, au milieu des débris d'animalcules spermatiques on en retrouve toujours quelques-uns entiers.

Bien souvent je me suis contenté, pour répéter mes expériences, de mouiller le tissu taché, puis j'applique dessus un verre mince qui enlève assez de liquide pour être soumis au microscope et fournir le moyen de distinction.

Je ne connais pas de traité de médecine légale dans lequel les faits que je note ici aient été signalés. Toutefois, je dois dire qu'ayant consulté M. Charles Chevalier pour savoir s'il ne connaissait pas de recherches pareilles aux miennes, il m'a raconté qu'à l'époque du procès de Contrafato, M. Lebaillif avait expérimenté d'après cette méthode pour reconnaître des taches de sperme; mais que par des motifs particuliers cette observation n'avait pas été publiée, et que lui-même ne m'eût pas dit ce qu'il en savait, si ce n'eût été pour établir un fait de priorité pour cette partie de mon travail; mais que relativement aux autres questions, c'était la première fois qu'elles lui étaient soumises.

J. J. L. RATTIER.

N° 2. — 5 JANVIER.

HOPITAL DE LA PITIÉ.

M. LISFRANC.

Considérations sur les abcès.

(Leçon recueillie par M. A. Forget, interne.)

Les questions de chirurgie sur lesquelles j'appellerai successivement votre attention, sont:

1° La thérapeutique du phlegmon;
2° Les abcès;
3° L'induration simple;
4° L'induration plus avancée, bien différente de la précédente par son ancienneté et sa thérapeutique;
5° L'exostose;
6° Le squirrhe;
7° Le cancer.

Dans le traitement du phlegmon, on ne prend pas assez en considération le mauvais état des voies digestives. C'est l'oubli de cette circonstance qui a souvent neutralisé l'efficacité des moyens thérapeutiques dirigés contre le phlegmon exclusivement. Vous verrez des individus chez lesquels se développent pendant plusieurs mois des furoncles multipliés; chez d'autres, tous les doigts sont successivement envahis par l'espèce de panaris que les chirurgiens appellent tourniole. On traite ces maladies localement; on guérit le produit symptomatique d'une cause morbide qui souvent ne cesse pas d'agir; et la maladie récidive parce que la cause peut en être dans le canal intestinal. En effet, interrogez-le, et tantôt vous trouverez une gastrite ou une gastro-entérite, tantôt un embarras gastrique ou un embarras gastro-intestinal. Dans le premier cas, combattez par des antiphlogistiques et des boissons émollientes la phlogose du tube digestif; dans le second, administrez l'émétique, donnez des boissons diaphorétiques et de légers laxatifs, et ordinairement vous ferez cesser la reproduction des furoncles et des panaris.

Un érysipèle s'accompagne-t-il de gastrite, souvent les sangsues appliquées à l'épigastre, en enlevant la phlegmasie de l'estomac, auront des effets semblables sur celle de la peau. Il est rationnel de poser les sangsues moitié sur la région du viscère splanchnique, moitié sur les points voisins de l'érysipèle.

Les sympathies étroites qui mettent en relation constante la peau et la muqueuse intestinale, sont connues depuis long-temps sans doute; aussi je ne vous ai rappelé ces faits que parce qu'ils sont trop souvent oubliés ou méconnus, et que leur influence sur la thérapeutique est immense.

On pourrait conclure déjà par analogie qu'en détruisant la maladie du canal intestinal qui pourrait produire le phlegmon, on la combattrait avantageusement ; l'expérience nous l'a souvent prouvé.

La saine pathologie a constaté combien la nature des tissus envahis par l'inflammation peut modifier la marche de celle-ci ; le degré d'altération de ces tissus, leur état sain ou antérieurement morbide, ont sur elles une influence bien marquée. Aussi n'attendez pas pour agir que la phlegmasie ait pour ainsi dire pris droit de domicile. Plus elle sera récente, plus facilement vous l'enlèverez. J'ai vu souvent des praticiens peu sages céder trop complaisamment aux exigences des malades. Un érysipèle était à son début, ils remettaient au lendemain l'application des sangsues; le lendemain la maladie avait singulièrement étendu sa sphère d'action, elle avait conquis un terrain qu'il n'était plus facile de lui faire perdre : n'imitez jamais cette manière de raisonner et de faire; soyez inflexibles aux sollicitations aveugles des malades qui voudraient retarder l'emploi des moyens, agissez promptement et vous aurez agi utilement.

Dans le phlegmon considéré d'une manière générale, les uns rejettent les saignées dans tous les cas comme dangereuses ou inutiles, les autres les recommandent d'une manière exclusive ; et, ce qu'il y a de plus remarquable, c'est que des deux côtés on rapporte des faits nombreux de succès. C'est aux hommes dégagés de prévention qu'il appartient de peser les faits et de juger. C'est ce que nous allons faire avec vous.

Si vous lisez les grands observateurs, tous parlent de constitutions épidémiques.

Prenons l'érysipèle pour exemple. Nous avons vu cette phlegmasie, qui est si commune au printemps et en automne dans ce pays-ci, régner toute une année dans cet hôpital, au point qu'il n'était plus permis de donner impunément un seul coup de bistouri ; souvent même l'application de quelques sangsues déterminait l'érysipèle, nous avons d'abord combattu la maladie par des saignées locales, et nous avons obtenu de brillants succès dans les cas même d'érysipèle de la face. Quelques semaines plus tard, sous l'influence de la même saison, la maladie offrait les mêmes symptômes; les sangsues échouaient complètement; les saignées générales, au contraire, faisaient merveille tandis qu'antérieurement elles avaient échoué. Plus tard, les évacuations sanguines ne réussissaient plus sous aucune forme, il fallut y renoncer; les caractères de la maladie étaient néanmoins toujours restés les mêmes.

J'ai observé un grand nombre de dyssenteries; une année on les guérissait par des boissons acidules et des sangsues à la marge de l'anus; une autre année, et quelquefois pendant la même année, ces moyens étaient inefficaces, tandis que l'opium, si vanté par Latour, d'Orléans, produisait les meilleurs effets. Une autre année l'opium échouait à son tour; la limonade, administrée jusqu'à ce que la langue sèche devînt humide, et ensuite l'ipécacuanha à la méthode de Pison, étaient les seuls moyens suivis de succès. Dans tous ces cas les symptômes de la maladie étaient semblables.

Ces faits prouvent combien l'illustre Sydenham avait raison en disant que chaque épidémie pouvait naître avec un génie particulier, et que ce génie une fois étudié et bien saisi, on pouvait marcher *pede libero*.

Enfin, et comme dernier fait qui doit à tout jamais vous faire secouer le joug des idées exclusives, du système des doctrines et des exagérations médicales, je vous rappellerai qu'ici même, pendant que nos salles étaient voisines des amphithéâtres de dissection, j'ai vu plusieurs épidémies de pourriture d'hôpital. Tantôt je devais tous mes succès à l'emploi des chlorures d'oxyde de sodium ou de calcium, tantôt au charbon de Delpech, d'autres fois enfin aux tranches de citron de Dupuytren, etc., quoique la pourriture fût toujours la même.

Ces observations vous prouvent donc qu'il y a quelque chose que vous appellerez génie avec l'immortel Sydenham, ou de tout autre nom peu importe, mais qui, en définitive, existe réellement, soit dans l'organisme lui-même, soit dans les circonstances environnantes. Si ce quelque chose nous a échappé jusqu'à ce jour, est-ce une raison de nier sa réalité, puisque les faits thérapeutiques sont précis ; et ne doit-on pas espérer qu'un jour ce point important sera peut-être mieux expliqué ?

Le phlegmon est soumis à toutes les considérations que je viens de vous exposer, et qui auront pour résultat, je le répète, de vous prémunir contre les systèmes et les idées exclusives, et de vous prouver que la médecine éclectique est la seule vraiment philosophique et vraiment utile.

En général le phlegmon réclame l'emploi des évacuations sanguines locales qui seront précédées d'une saignée générale si l'individu est fort, pléthorique, et s'il existe des symptômes de fièvre angéioténique. Ce n'est pas sur le phlegmon lui-même que vous appliquerez les sangsues, mais bien sur les tissus voisins que l'inflammation n'a pas encore envahis; car, outre que sur le siége même de la phlegmasie, elles produiraient une douleur plus vive, elles pourraient encore agir à son bénéfice en déterminant un surcroît d'irritation.

Vous n'agirez pas avec un petit nombre de sangsues, quinze ou vingt par exemple, cette manière de procéder vous exposerait à produire des congestions locales sur une partie où le sang afflue déjà en abondance; si vous voulez promptement dégorger le système capillaire, frappez les tissus phlogosés de quarante, soixante, quatre-vingts sangsues et plus ; souvent alors, si le phlegmon est à son début, il vous suffira de quelques jours pour en triompher. Si après une première application le succès est incomplet, si la face n'est pas décolorée, s'il n'y a pas une dépression trop marquée des forces musculaires, si le pouls se soutient, répétez l'évacuation deux, trois et même quatre jours de suite, et vous aurez beaucoup de chances de succès. Il serait inutile de vous rappeler que vous devez prendre en grande considération l'état du canal intestinal.

Assez souvent dans le phlegmon, dans l'érysipèle phlegmoneux diffus, dans le phlegmon érysipélateux, on voit, sous l'influence de ces évacuations sanguines locales, la tuméfaction, la rougeur et la chaleur disparaître d'une manière générale ; seulement sur quelques points il reste de la rougeur avec augmentation de la caloricité, il reste des indurations partielles et isolées qui semblent se retrancher dans un état de sub-inflammation : c'est là le cas de recourir à des groupes de sangsues que l'on place autour des points qui ont ainsi résisté, et on ne tarde pas ordinairement à dissiper entièrement la maladie.

Les évacuations sanguines ne dissipent pas toujours ces phlegmasies isolées ; mais quand depuis quelques jours il n'y a plus de douleurs ni d'augmentation de chaleur, les fondants en font ordinairement justice en peu

de temps. Lorsque l'inflammation persiste, la suppuration peut se déclarer ; aussi doit-on chaque jour explorer le membre, afin de pratiquer l'ouverture de ces petits abcès dès que la fluctuation y est manifeste. (Nous nous expliquerons plus tard sur l'époque à laquelle on doit ouvrir les abcès.)

Enfin l'inflammation peut vieillir dans ces tissus qui conservent sans qu'aucun accident se développe d'abord, cet état particulier que nous désignons sous le nom d'induration blanche simple, dont nous nous occuperons plus tard.

Une fois que la fluctuation existe dans un phlegmon, on a coutume de faire abstraction des sangsues : on n'a pas toujours raison. Lorsque la tumeur est volumineuse et que l'inflammation est très-violente, lorsqu'enfin il existe autour du foyer purulent beaucoup de tissus enflammés, les évacuations sanguines peuvent avoir l'avantage en diminuant les accidents inflammatoires, de renfermer dans des limites étroites un abcès qui menaçait de s'étendre fort loin.

On a vu d'ailleurs des abcès qui n'avaient pas un très-grand volume, et dans lesquels la fluctuation était très-manifeste, disparaître par résorption sous l'influence des sangsues.

Nous avons montré dans cette clinique, à la fin de l'année scholaire dernière, un de ces faits rares sur un malade qui portait un phlegmon dans le creux de l'aisselle.

Toutes les fois qu'à la suite de l'ouverture d'un abcès phlegmoneux il existera encore une inflammation assez marquée, un moyen très-avantageux de hâter la guérison, c'est l'usage des évacuations sanguines locales unies aux autres émollients.

Les onctions mercurielles ont été mises en usage pour guérir l'érysipèle ; c'est un excellent moyen qui compte de nombreux succès, et qui souvent en 24 ou 48 heures fait justice des accidents inflammatoires.

Le mercure a un grand inconvénient, celui de produire, comme je vous l'ai montré quelquefois, la salivation, accident qui peut devenir la source d'altérations graves, surtout chez les individus dont la constitution est altérée, et chez lesquels la bouche est malade et les dents sont mauvaises : joignez à cela la répugnance qu'on a dans le monde pour ce médicament.

Il était donc bien important de pouvoir remplacer les onctions faites avec le mercure ; ce but est atteint. Walter, de Munich, m'a appris que les onctions avec l'axonge simple lui avaient réussi ; vous savez que j'ai montré dans cet hôpital, par un grand nombre de faits, que ce moyen était aussi avantageux que les onctions mercurielles dont, il serait inutile de le dire, il n'a pas les inconvénients.

Il ne faut pas borner les onctions sur les points rouges ; j'ai observé qu'on réussissait bien plus sûrement en les faisant porter à un pouce et demi au-delà de l'érysipèle.

Si vous employez l'axonge à laquelle je donne la préférence dans tous les cas d'érysipèle, ce médicament soumis à l'action de la chaleur, a l'inconvénient de fondre très-facilement et d'abandonner en grande partie les points enflammés ; de là la nécessité de répéter les onctions huit ou dix fois par jour. M. Darcet fils, élève externe de notre division, s'est long-temps occupé de chimie ; sur la demande que nous lui avons faite, il nous a préparé l'axonge de la manière suivante :

R.	Axonge,	90 parties.
	Spermaceti,	10 parties.

Fondus ensemble et bien mêlés.

Ce médicament ainsi composé pourra avoir tous les avantages de l'onguent mercuriel, et nous éviterons probablement l'inconvénient de l'axonge pure : à la première occasion, nous essaierons cette préparation faite par M. Darcet.

J'ai cru devoir vous exposer ces idées sur le traitement de l'érysipèle ; vous me pardonnerez cette espèce de digression à cause de l'importance des faits. J'ajouterai que dans certains cas graves, les onctions mercurielles sur l'érysipèle réussissent d'autant mieux qu'on attaque la cause de la maladie par les moyens appropriés, et qu'on a recours en général à des évacuations sanguines.

Les onctions avec l'axonge seraient-elles avantageuses contre le phlegmon ? Je laisse à l'expérience le soin de résoudre cette importante question : mais dans une brochure remplie de faits très-intéressants, M. Serres, d'Uzès, indique contre l'érysipèle, le phlegmon, etc., l'onguent mercuriel de la manière suivante :

Toutes les deux heures on fait non-seulement sur les points enflammés, mais encore à trois ou quatre pouces au-delà, une onction mercurielle dont la couche a deux lignes d'épaisseur environ ; on emploie ainsi en 24 heures au moins un quart de livre d'onguent mercuriel double. Ce moyen ne doit être employé que pendant deux jours ; car alors s'il n'a pas réussi, ce qui est très-rare d'après M. Serres, il devient inutile, et il est prouvé, d'après lui, que la phlegmasie résistera.

Nous avons mis en pratique cette méthode deux fois dans cet hôpital, comme vous le savez, dans des cas où la phlegmasie n'avait pas cédé à des évacuations sanguines très-abondantes, nous n'avons pas produit de salivation, et le succès a dépassé nos espérances. Nous rendrons compte incessamment, dans la *Gazette des Hôpitaux*, de ces deux beaux faits et de ceux que nous observerons plus tard.

L'opinion de M. Serres, d'Uzès, est, que le mercure à la dose que nous avons indiquée ne peut pas déterminer la salivation, et qu'en cela il ressemble à d'autres médicaments qui ne produisent pas les mêmes effets, employés dans des proportions différentes.

N° 3. — 7 JANVIER.

HOTEL-DIEU.

M. CHOMEL.

Pneumonie chez un vieillard de 72 ans ; signes sthétoscopiques remarquables ; mort ; splénisation du poumon gauche ; engouement partiel du poumon droit.

Un vieillard de soixante-douze ans, couché au n° 64 de la salle St-Bernard, éprouvait depuis deux jours de la dyspnée, de la toux, et rendait quelques crachats visqueux et verdâtres lorsqu'il fut admis à la clinique, dans les derniers jours de décembre. En pratiquant l'auscultation de la poitrine, on découvrit dans la fosse sous-épineuse gauche du râle crépitant humide. La dyspnée persistait, le pouls était presque sans fréquence ; le ventre était douloureux, les selles diarrhéiques. On

pratiqua une saignée du bras le jour de l'entrée, et on la renouvela le lendemain. Les jours suivants le son devint obscur dans presque toute l'étendue du côté gauche ; la crépitation disparut, mais on n'entendit jamais ni respiration bronchique, ni bronchophonie.

L'âge du sujet s'opposant à l'emploi de nouvelles émissions sanguines, la souffrance des voies digestives contreindiquant le tartre stibié à haute dose, on se borna à l'application d'un vésicatoire sur le côté gauche. Tous les moyens ont été impuissants, la dyspnée est devenue plus intense, et le malade a succombé le 3 janvier.

A l'ouverture du cadavre on a trouvé tout le poumon gauche à l'état de splénification ; son tissu était mou, se déchirait avec la plus grande facilité, et ne contenait que peu ou point d'air ; aucun liquide ne suintait de la surface des coupes. A droite postérieurement le tissu pulmonaire offrait un simple engouement. On a trouvé une autre altération qui, pendant la vie, ne s'était révélée par aucun symptôme; c'est une transformation cartilagineuse des valvules sygmoïdes, altération qui se renouvelle assez fréquemment chez le vieillard.

Deux circonstances de ce fait nous paraissent dignes d'appeler l'attention : 1° l'âge du malade; 2° les signes sthétoscopiques.

Lorsque cet homme fut admis à l'hôpital, si l'on n'avait eu égard qu'à l'invasion récente de la pneumonie, qu'à son degré, son étendue très-circonscrite, et au peu d'intensité du mouvement fébrile, on aurait porté un pronostic des plus favorables. Mais l'âge du malade suffisait pour rendre le pronostic fâcheux. En reportant notre attention sur les divers relevés de la clinique qui ont été publiés depuis six ans, nous nous rappelions que la mortalité, chez les malades qui ont dépassé l'âge de soixante-dix ans, a été constamment de 2 sur 3, ou de 3 sur 4. La pneumonie, quelle que soit d'ailleurs son intensité et son étendue, est toujours, chez les vieillards, une affection extrêmement grave. M. Chomel, pendant son internat à la Salpêtrière, sous le professeur Pinel, eut occasion d'observer une épidémie de pneumonie chez les vieilles femmes, qui fut des plus meurtrières; aucune malade n'échappa.

La gravité de la pneumonie est bien différente à une autre période de la vie. Chez les sujets de 15 à 20 ans, la maladie se termine presque constamment d'une manière favorable. Depuis six ans on n'a pas observé une seule exception à cette règle dans les salles de la clinique. Il est donc important, dans les tableaux statistiques que l'on publie sur les résultats de tel et tel traitement dans la pneumonie, de tenir compte de l'âge des malades; car le médecin dont le relevé ne porterait que sur des faits relatifs à des sujets de 15 à 20 ans, arriverait certainement à des résultats beaucoup plus favorables que celui qui aurait eu à traiter des sujets de 60 à 80 ans. C'est un élément dont on n'a pas toujours tenu compte dans les tableaux statistiques qui ont été publiés dans les derniers temps.

Les signes sthétoscopiques méritent aussi de fixer l'attention. En général, lorsque, dans la pneumonie, les parois de la poitrine correspondant à la partie du poumon affectée, rendent un son mat, on rencontre en même temps un retentissement de la voix, et le phénomène connu sous le nom de respiration bronchique, signes qui annoncent l'induration du parenchyme pulmonaire. Dans le cas actuel, le son était mat; et les deux signes que nous venons de rappeler manquaient complètement. On aurait pu croire qu'au lieu de passer au second degré la pneumonie s'était terminée par résolution, et qu'un léger épanchement pleurétique était la cause de la matité du côté gauche.

L'ouverture du cadavre a montré que la lésion n'était pas dans la plèvre, mais dans le parenchyme des poumons. Ce n'est pas la première fois que nous voyons la matité et l'absence de bronchophonie et de respiration bronchique correspondre à une splénisation des poumons. Cette altération se rencontre assez fréquemment chez les vieillards, quelquefois chez l'adulte et chez l'enfant : c'est elle que l'on rencontre le plus ordinairement dans les pneumonies qui accompagnent les fièvres graves. On comprend très-bien que le poumon n'étant pas induré ne transmette point la voix, ni le bruit produit par le passage de l'air à travers les bronches. Ainsi, dans la forme de pneumonie caractérisée par la splénisation du parenchyme pulmonaire, état intermédiaire entre l'engouement et l'hépatisation, c'est vainement que l'on chercherait la bronchophonie et le souffle bronchique caractéristiques de l'hépatisation pulmonaire.

ÉCOLE PRATIQUE.

Cours public d'ophthalmologie de M. Rognetta.

(Suite du numéro 153.)

Lorsque la brèche cornéale a de la dimension, les choses se passent bien autrement. L'iris se précipite à l'instant même à l'ouverture, le cristallin s'y engage quelquefois aussi, et dans d'autres occasions l'œil se vide. Le prolapsus irien a plus facilement lieu dans les blessures périphériques que dans les centrales; nous en donnerons plus loin la raison. Ces effets cependant ne sont pas indispensables, malgré la largeur de la plaie, ainsi que cela s'observe après l'opération heureuse de la cataracte par extraction. J'ai vu des divisions accidentelles de tout le diamètre transverse de la cornée par des coups de canif, ne pas donner lieu à la procidence irienne, et se guérir, au contraire, sans laisser d'autre lésion qu'une très-mince cicatrice linéaire. La cause principale de ce déplacement, et même quelquefois aussi de l'évacuation de la coque oculaire, c'est la contraction spasmodique des muscles droits qui compriment fortement la sclérotique dans un sens très-propre à ce résultat.

Si le cristallin se trouve engagé entre les lèvres de la plaie, il faut l'extraire et traiter la plaie antiphlogistiquement comme après l'opération de la cataracte. Si le prolapsus irien a lieu, il faut le respecter et se borner à un traitement *ut suprà* (Scarpa). On a conseillé de réduire l'iris à l'aide de frictions avec le doigt à travers la paupière, de la belladone, de l'action d'une vive lumière; etc. J'ai essayé tous ces moyens à toutes les époques de la procidence, toujours sans succès. En supposant qu'on y réussirait, le déplacement se reproduirait par la précipitation continue de l'humeur aqueuse. Je me suis toujours bien trouvé d'avoir suivi le précepte de Scarpa à ce sujet en laissant le prolapsus acquérir des adhérences et servir de bouchon à la brèche, et en le détruisant ensuite à l'aide de la pierre infernale.

Dans toutes ces circonstances, il faut s'attendre à une tache plus ou moins incommode sur la cornée. Une fistule cornéale en est quelquefois aussi la conséquence.

Enfin lorsqu'un grain de plomb entre par la cornée et passe jusque dans le fond de l'œil, l'amaurose en est une conséquence inévitable par suite de la lésion de la rétine. Lorsqu'au contraire, ce corps s'arrête dans la chambre antérieure, la rétine peut conserver son intégrité, et le grain de plomb nager au fond de l'humeur aqueuse. On en fait l'extraction d'un coup de bistouri à cataracte ou d'une lancette plongée de bas en haut, et l'on traite l'œil en conséquence.

§ 6. *Corps étrangers et brûlures.* Ce sujet est vaste et important. Nous l'avons ménagé exprès pour le traiter soigneusement dans son ensemble vers la fin de ce chapitre.

A. *Variétés.* Considérés sous le rapport de leur nature ou de leur mode d'action, les corps étrangers sont, les uns caustiques, tels que les étincelles, la chaux, la potasse, la poudre à canon en déflagration, l'eau bouillante, le vinaigre, le sublimé corrosif, les acides minéraux, etc.; les autres inertes, mais agissant mécaniquement, tels que la poussière, le sable, des morceaux de pierre, de bois, de fer, de paille, d'ongle, de chenevis, d'épine, etc.; les autres, enfin, animés, tels que l'*acarus ferox pubis* (morpion), la piqûre d'abeille, de guêpe, du bourdon, du cousin, de l'ichneumon, du taon, du moustique, du scolopendre, etc. Quelques-unes de ces piqûres sont accompagnées d'un principe vénéneux; telle est, par exemple, celle de l'abeille (Réaumur, Acad. des sc. 1719). Des mouches vénimeuses peuvent également inoculer sur les paupières un principe charbonneux ou autrement perfide, et occasionner les accidents les plus funestes.

Examinés sous le rapport de leur forme et du siége précis qu'ils peuvent occuper, les corps en question offrent une foule de variétés qui sont faciles à prévoir.

B. *Effets.* Il est rare que les corps étrangers animés agissent sur le globe de l'œil lui-même. Le plus ordinairement ils se bornent aux paupières, aux sourcils et au reste du pourtour orbitaire. Lorsqu'on se laisse piquer paisiblement par une abeille, jamais l'aiguillon ne demeure dans la plaie; il est flexible et ne perce pas un trou droit; la plaie est courbe ou en zigzag. Si on oblige la mouche à se retirer brusquement, l'aiguillon, qui est comme accroché, se rompt et reste dans la plaie. Au contraire, si on ne la presse pas, elle le dégage peu à peu. Lorsque la piqûre est unique, il en résulte un gonflement inflammatoire circonscrit (blepharitis), ou bien un érysipèle. Si les piqûres sont multiples, la réaction peut s'étendre au-delà de l'œil et des paupières.

Tout le monde connaît l'histoire de cet infortuné postillon qui, ayant imprudemment renversé d'un coup de fouet une ruche qui se trouvait dans son passage, fut assailli par les paisibles habitants de ce palais; il en reçut un nombre si considérable de piqûres aux paupières et sur le reste de la figure, que sa tête se gonfla prodigieusement, la fièvre s'alluma, le délire survint et le blessé mourut en peu de jours. Il existe d'autres faits pareils. Les piqûres des autres espèces d'insectes, si elles sont uniques, ne produisent ordinairement qu'une cuisson plus ou moins vive et une légère réaction phlegmoneuse. Dans quelques cas rares une petite escarre se forme à l'endroit de la piqûre. Il est assez fréquent enfin de voir des ophthalmies chroniques entretenues par la présence irritante d'un ou de plusieurs morpions à la racine des cils et des sourcils. Une loupe grossissante est quelquefois nécessaire pour bien découvrir ces sortes d'hôtes incommodes. On en trouve des exemples dans Scarpa et dans plusieurs autres ouvrages sur les maladies des yeux.

Des substances caustiques frappent assez souvent la même région périorbitaire. Leurs effets primitifs ne diffèrent pas, en général, de ceux qu'on observe dans les autres régions du corps. La réaction phlogistique pourtant peut retentir sur la conjonctive et sur les autres membranes de l'œil. Si la brûlure a produit une escarre, les paupières peuvent se trouver plus ou moins endommagées, et réclamer des opérations que nous décrirons ailleurs.

Sans être pourtant animé ni caustique, un corps étranger qui reste niché dans les tissus des paupières peut entretenir une ophthalmie qui persistera autant que la cause. Un enfant avait couché une nuit dans un drap qui avait servi à battre le blé. Le lendemain il avait la paupière supérieure d'un côté prodigieusement gonflée. Un traitement antiphlogistique apaisa un peu la maladie, mais l'inflammation persista jusqu'à ce que Scarpa découvrit et enleva un mince fétu de paille dans l'épaisseur de la paupière.

Les grains de poudre à canon enfin, lancés par l'explosion de la même substance, se rencontrent fréquemment logés sous l'épiderme périorbitaire. Si on n'a pas eu l'attention de les extraire de bonne heure à l'aide d'une aiguille à cataracte, ces corps se forment chacun un petit kyste à la surface du derme et y persistent pour le reste de la vie : ils ne gênent autrement en général que par la difformité qu'ils occasionnent.

Les corps étrangers qui restent fichés dans l'orbite produisent des effets bien autrement graves. Un soldat reçoit une balle à la base de la paupière inférieure, glisse à côté de l'œil et reste nichée dans l'orbite; la plaie s'est cicatrisée, et le corps étranger a été inaperçu. Actuellement on sent la balle à côté et derrière l'œil; la vision est abolie, et la pupille dilatée laisse voir le côté correspondant de la rétine bombé dans la chambre vitrée par l'action comprimante du plomb (Baudens). White et Weller ont vu un morceau de canon de pipe dans l'orbite occasionner le même résultat; et Gendron avait lui-même déjà remarqué une pareille conséquence par l'action d'un morceau de baguette restée quelques jours dans la même cavité.

Les effets des corps étrangers qui passent dans les cavités périorbitaires varient nécessairement suivant plusieurs circonstances. Dans le sinus frontal, une balle a pu rester impunément plus de vingt ans inaperçue sur la personne du général F... qui l'avait reçue à Waterloo (Baudens); tandis qu'un noyau de cerise qui fut chassé de l'arrière-bouche dans la narine pendant l'effort d'éternuer, s'engagea exactement dans le méat inférieur du syphon des larmes, et produisit une fistule lacrymale incurable (Weller). Un mendiant de Padoue avait reçu à l'angle orbitaire interne un coup d'éventail dont le manche s'était rompu sur place; la plaie se cicatrisa. Trois mois après, un abcès se forma à la voûte palatine par où on fit l'extraction d'un morceau de bois de l'éventail (Marchettis). On vit également la canule lacrymale de Dupuytren percer les os de la voûte palatine et sor-

tir par la bouche (Delpech), et la pointe d'une flèche sortit pareillement par la narine après trente années de séjour dans l'intérieur de l'orbite (Horstius).

On prévoit déjà la possibilité et la gravité du passage permanent d'un corps de l'orbite dans le crâne. Une jeune personne, âgée de dix ans, tombe sur une machine à carder du coton; une des tiges pointues de cet instrument reste engagée dans la voûte orbitaire; dix jours se passent avant qu'on ne vienne à bout de l'extraire; alors l'enfant est saisi de convulsions et meurt. Le coup avait pénétré (Demours). En faisant des armes, un militaire eut un fleuret enfoncé pour la longueur d'un pied dans le crâne, à travers la voûte de l'orbite; le fer s'étant brisé sur place, Percy, pour se faire de la place, vida l'œil qui était intact, et arracha non sans peine l'instrument; la mort a eu lieu quelques semaines après par une imprudence du malade. Dans plusieurs cas pareils, ou analogues cependant, la guérison a été obtenue (Albucasis, Bidloo, Philos. Trans., Sabatier), Une circonstance frappe surtout dans la lecture de ces faits, c'est la grande difficulté qu'on a éprouvée pour opérer l'extraction, à cause du peu de prise que l'arme brisée présentait. Aussi le célèbre Percy n'a-t-il pas hésité d'établir en principe de vider l'œil d'un coup de bistouri, alors que sa présence empêche de bien saisir le corps qu'on veut retirer du cerveau.

Quant aux corps étrangers qui frappent la surface de l'œil, leurs effets varient également suivant une foule de circonstances.

Si le corps est caustique, il en résulte soit une vive inflammation, soit une phlyctène soit une escarre et ses conséquences. Un morceau de chaux sur la cornée, par exemple, peut cautériser la surface de cette membrane, y laisser une escarre blanche dont la chute n'empêche pas quelquefois la vision de se rétablir, ainsi qu'on en voit un exemple dans Wardrop. Dans le cas où l'agent n'a pas d'action chimique, il peut n'occasionner que les caractères communs que nous indiquerons tout à l'heure, et être entraîné au dehors par les larmes; ou bien s'arrêter soit dans la gouttière conjonctivale de la base de l'une ou l'autre paupière et déterminer des accidents phlogistiques graves, soit entre les lames mêmes de la conjonctive ou des autres membranes de la coque ophthalmique, et occasionner des accidents d'autre nature. Un petit brin de paille, arrêté dans la conjonctive palpébrale d'une jeune demoiselle, donna naissance à un fongus du volume et de la forme d'une fraise (Monteath); tandis qu'un morceau de pierre, au contraire, resta dix ans impunément sous la conjonctive sclérotidale où il s'était entouré d'un kyste (Wardrop).

Des grains de poudre sont restés sans accident dans les lames de la cornée (Makensie); tandis qu'un petit fétu d'épi de blé détermina une ophthalmie indomptable, jusqu'à la découverte et à l'extraction de ce corps (Wenzel). Chez un marchand de vin, un grain de plomb double entre par la cornée et s'y fixe, moitié dedans, moitié dehors, sans produire d'accident (Demours); tandis que chez une foule d'autres l'amaurose a été inévitable. Dans quelques cas rares enfin, les corps étrangers fixés sous la conjonctive sclérotidale se déplacent en glissant d'arrière en avant, par les mouvements de l'œil, et passent quelquefois de la sclérotique dans la cornée (Wardrop).

—

N° 4. — 10 JANVIER.

HOPITAL DES ENFANTS MALADES.

Service de M. BAUDELOCQUE.

Fièvre typhoïde sous forme ataxo-adynamique; mort le 13e jour de la maladie; exanthème intestinal; ulcération des glandes mésentériques correspondantes.

Désiré Camus, garçon pâtissier, âgé de quatorze ans, né dans le département du Loiret, habitant Paris depuis quatre mois, fort, bien constitué, n'ayant jamais eu de maladie grave, éprouve dans les premiers jours de décembre de la céphalalgie, un sentiment de fatigue insolite et une légère diarrhée; il continue néanmoins ses occupations habituelles.

Le 10 du même mois, la fièvre s'allume, la prostration devient telle que le malade ne peut plus se soutenir sur ses jambes, la diarrhée est très-abondante. Repos du lit; diète. Admission à l'hôpital dans la journée du 11.

Le 12, à la visite du matin, on nous apprend que le malade n'a pas fermé un seul instant la paupière, et qu'il a déliré pendant une grande partie de la nuit; ce matin, stupeur assez marquée, réponses tardives, sentiment de faiblesse qui inquiète surtout le malade; langue collante, soif assez vive, anorexie, douleur de ventre autour de l'ombilic et dans la région iliaque droite: météorisme; pas de taches lenticulaires, cinq à six évacuations liquides, jaunâtres pendant la nuit, peau chaude; pouls accéléré, 108 pulsations par minute; toux assez fréquente, râle sibilant dans les deux côtés de la poitrine. Mauve, julep gommeux, 12 sangsues sur l'abdomen; diète.

Le 13, lorsque nous abordons le malade, il a les yeux fermés et marmotte entre ses dents des paroles sans suite; cependant lorsque nous fixons son attention par des questions brèves et précises, il répond juste et se plaint d'une grande faiblesse; il dit n'éprouver ni céphalalgie, ni bourdonnements d'oreilles; les narines ne portent point les traces d'une hémorrhagie, elles sont sèches; le pouls est descendu à 96; la chaleur de la peau est moins élevée; la diarrhée persiste, les douleurs de ventre sont passagères; il y a quelques soubresauts dans les tendons. Même prescription, sauf les sangsues.

Le 14, délire. Cette nuit comme les précédentes prostration assez profonde; le malade ne peut se rendre au bassin qui est placé près de son lit; les selles sont toujours diarrhéiques; le pouls est remonté à 108.

Le 15, la langue, qui jusqu'alors avait été simplement collante, s'est desséchée et commence à brunir.

Le 16, la face est violacée au niveau des pommettes et jaunâtre dans le reste de son étendue; elle est recouverte d'une poussière fine, la stupeur est très-prononcée, la prostration profonde; le malade est complètement immobile dans son lit, marmotte entre ses dents des paroles inintelligibles, répond par monosyllabes à quelques-unes des questions qu'on lui adresse, présente des soubresauts multipliés dans les tendons; les lèvres, les dents et la langue sont fuligineuses; le ventre est douloureux à la pression et météorisé; les piqûres de sangsues commencent à s'ulcérer; 116 pulsations, 48 inspirations; toux opiniâtre, râle crépitant humide dans les

deux côtés de la poitrine en arrière, julep avec trois grains de kermès.

Le 17, même état; 124 pulsations et 54 inspirations; 1 vésicatoire à chaque jambe.

Le 18, le délire a lieu nuit et jour; il roule sur les occupations habituelles du malade; l'ouïe est obtuse, la diarrhée est modérée; le pouls et la respiration conservent la même fréquence que la veille. 6 grains de kermès.

Pendant les deux jours qui suivent, l'état du malade offre peu de changement; la toux persiste; elle est humide, mais non suivie d'expectoration : la respiration reste gênée; le son est faible en arrière et à gauche, où le râle crépitant est remplacé par la respiration bronchique. On porte la dose du kermès minéral à 12 et 18 grains.

Le 21, le malade semble tombé dans un état apoplectique; *il fume la pipe*, ne répond à aucune question, ne reconnaît pas ses parents; ses membres sont immobiles, lorsqu'on en pince la peau; le malade ne fait aucun effort pour les écarter. Les paupières sont closes; lorsqu'on les soulève, on trouve les pupilles contractées et oscillantes. Quelques sudamina apparaissent sur le cou et la poitrine; la diarrhée a cessé; le météorisme est très-considérable; le pouls est petit, et donne 140 battements par minute. Lavement laxatif; sinapismes aux membres inférieurs.

Le 22, le malade répond à quelques questions; il dit se trouver mieux. Il a eu deux selles dans lesquelles se trouvent deux vers lombrics. La respiration est très-accélérée, le pouls très-fréquent; 54 inspirations et 140 pulsations par minute. La plaie des vésicatoires est saignante; les piqûres des sangsues sont profondément ulcérées. Mort dans la nuit.

Nécropsie. — Crâne. Deux cuillerées de sérosité limpide dans les fosses occipitales; teinte opaline de l'arachnoïde dans le trajet des vaisseaux correspondant aux anfractuosités; infiltration séreuse de la pie-mère; substance grise plus pâle que dans l'état normal, substance blanche médiocrement piquetée et d'une bonne consistance partout.

Poitrine. Les bronches sont rouges; plusieurs glandes bronchiques sont tuméfiées et friables; les poumons sont libres d'adhérences. Le lobe supérieur gauche offre extérieurement une teinte rosée qui contraste avec la couleur brune du lobe inférieur. Le premier est mou et contient de l'air; le second se déchire avec facilité et se précipite au fond de l'eau. La partie postérieure des trois lobes est splénisée. Le cœur et son enveloppe sont exempts d'altération.

Abdomen. Péritoine sain; glandes mésentériques rouges, tuméfiées et friables, surtout dans le voisinage du cœcum. Quelques-unes ont le volume d'un œuf de pigeon. La rate a son volume ordinaire, mais elle est très-molle. L'estomac est rouge dans sa moitié gauche, et pâle dans sa moitié droite. La muqueuse est mamelonnée dans une assez grande étendue, un peu épaissie et cassante. Rien de remarquable dans le duodénum, le jéjunum et les deux premiers tiers de l'iléon; muqueuse pâle et d'une assez bonne consistance; pas de saillie anormale des follicules. Dans les quatre derniers pieds de l'iléon, nous comptons douze plaques dures saillantes, d'un pouce à un pouce et demi de diamètre, pâles et légèrement grisâtres dans les trois premiers pieds, et rouges dans le dernier. La plus voisine de la valvule iléo-cœcale est ulcérée sur ses bords, les autres ne présentent aucune solution de continuité. Toutes ces plaques siégent dans la partie de l'intestin opposée aux attaches du mésentère. La muqueuse qui les sépare est rouge seulement dans le dernier pied de l'intestin grêle. Les follicules isolés sont nombreux et saillants dans la partie de l'intestin qu'occupent les plaques. La muqueuse cœcale est ramollie. Le colon présente quelques rougeurs d'espace en espace; le rectum est à l'état sain.

Nous avons plusieurs fois appelé l'attention sur la fièvre typhoïde des enfants. Nous avons rapporté dans ce journal plusieurs observations dans lesquelles l'intestin a été trouvé, après la mort, sillonné par de larges et profondes ulcérations. Dans le cas actuel, la mort est arrivée à une époque peu éloignée du début. Aussi ce n'est plus à l'état d'ulcération que se sont offertes à nous les plaques de Peyer, mais à l'état d'exanthème. Leur saillie au-dessus de la muqueuse ambiante était considérable; leurs bords étaient en relief. Une seule d'entre elles était partiellement ulcérée, elle siégeait tout-à-fait au-dessus de la valvule iléo-cœcale. Chez les enfants comme chez les adultes, les lésions intestinales sont d'autant plus marquées qu'on se rapproche davantage de la fin de l'intestin grêle. Quant à l'altération des glandes mésentériques, elle est aussi constante que la première.

Dans la poitrine qui pendant la vie avait aussi donné des signes de souffrance, nous avons rencontré des altérations également nombreuses et profondes. Rougeur et gonflement de la muqueuse des bronches; engorgement des ganglions correspondants; splénisation du parenchyme pulmonaire.

L'encéphale, dont les fonctions avaient offert pendant la vie d'assez graves désordres, ne nous a pas paru altéré, mais ses membranes n'étaient pas exemptes de lésions. Parmi elles, nous noterons la quantité anormale de sérosité trouvée à la base du crâne, la teinte opaline de l'arachnoïde, l'infiltration séreuse de la pie-mère. Nous ajouterons toutefois que dans des cas où les fonctions cérébrales avaient été aussi profondément troublées que dans le cas actuel, les membranes ont été trouvées à l'état sain.

Les symptômes qui ont marqué le début de la maladie ont porté à la fois sur l'appareil digestif et sur le système nerveux. La diarrhée, légère dans les prodrômes, est devenue copieuse au moment de l'invasion. Avec elle s'est montrée une altération profonde de la contractilité musculaire; le malade ne put se rendre à pied à l'hôpital dès le second jour de sa maladie. A la diarrhée se joignit bientôt le météorisme du ventre. Les douleurs abdominales varièrent en intensité; elles étaient assez vives le premier jour. On leur opposa une application de sangsues qui n'amena aucun soulagement durable. Bientôt leurs piqûres se transformèrent en autant d'ulcérations. Le délire se montra peu de temps après le début; il fut d'abord passager, et devint ensuite continuel. La veille de la mort, nous observâmes quelques symptômes cérébraux insolites qui simulaient une véritable attaque d'apoplexie.

Du côté de la poitrine, toux et râle sibilant au début; plus tard, diminution de la sonoréité de la poitrine, dyspnée intense. On combattit ces symptômes par le kermès minéral; ils n'en persistèrent pas moins jusqu'à la mort.

ÉCOLE PRATIQUE.

Cours public d'ophthalmologie de M. Rognetta.

(Suite du numéro précédent.)

Lorsqu'un corps métallique, comme un grain de plomb, par exemple, passe dans la chambre antérieure, il agit de même que le cristallin luxé et déplacé vers le même siége. S'il est cependant oxydable, il peut disparaître en peu de jours. Cline brisa la pointe d'un bistouri en voulant opérer la cataracte ; le fragment métallique resta dans la chambre antérieure, où on le voyait nager quelques jours après. Ce corps se couvrit bientôt de rouille, l'humeur aqueuse devint rougeâtre ; enfin il disparut par le travail d'oxydation et de dissolution. (Adams.) Le même phénomène a été observé par un chirurgien de Dublin. (Ibid.) J'ai vu un morceau de faïence du volume d'un pois, rester plus de huit jours derrière la cornée, sans produire que des accidents fort légers ; la brèche extérieure était déjà cicatrisée. Le corps étranger passe outre quelquefois et se fixe dans le cristallin même, et occasionne soit une cataracte (Mackensie), soit la fonte purulente de ce corps. (Baudens.)

En général, cependant, on peut résumer ainsi les phénomènes physiologiques des corps étrangers qui abordent la surface oculaire. Irritation, douleurs arradiatives, larmoiement, trouble cornéal, rougeur, pyropsie, altération visuelle, réaction phlogistique et ses conséquences possibles.

C. *Traitement.* Quelle que soit la nature d'un corps étranger arrêté dans la région oculaire, son traitement ne présente que trois indications : l'extraction, si cela se peut ; prévenir les accidents, les combattre s'il en survient. Je dis si cela se peut ; car comment chercher impunément un grain de plomb qui serait passé dans la chambre hyaloïdienne, une balle qui serait allée de l'orbite dans le crâne, ainsi qu'on en a des exemples ?

a. Extraction. Une certaine préparation est souvent nécessaire avant d'en venir à l'extraction. Si le corps est animé, comme les morpions, par exemple, il est clair qu'il faut d'abord frictionner légèrement le sourcil et le bord tarsien avec de la pommade mercurielle mêlée à un peu de cérat, ou bien lotionner plusieurs fois avec une légère solution de deuto-chlorure de mercure avant d'en venir à l'enlèvement à l'aide d'une pince ou d'une petite brosse à dents. Lorsque la présence du corps étranger occasionne un blépharospasme tellement intense que les manœuvres d'extraction en soient impossibles, il est évident qu'il faut d'abord combattre cet état en faisant rester pendant quelques heures le sujet dans une chambre obscure, en couvrant toute la région orbitaire d'une épaisse et large compresse trempée dans l'eau fraîche laudanisée, en saignant aussi le malade si on le juge à propos. Quelquefois la réaction s'est déjà déclarée, l'inflammation est très-vive quand nous sommes appelés ; il est manifeste que les tentatives d'extraction seraient dangereuses, et ne sauraient atteindre le but avant d'abattre d'abord une partie de la phlogose photophobique. Lorsqu'enfin le corps est tellement petit et si fortement niché dans les tissus palpébraux ou oculaires qu'il ait été réfractaire aux premières tentatives, il ne faut pas s'obstiner dans la persévérance des manœuvres instrumentales : l'œil pourrait en éprouver une atteinte fâcheuse plus que par la présence du corps étranger lui-même. Il faut donc, dans ce cas, couvrir les deux yeux, mettre de l'eau fraîche continuellement sur le côté blessé, saigner plus ou moins le malade, le tenir à la diète et dans une obscurité modérée, jusqu'à ce que l'affaissement spontané des tissus, et le suintement muco-purulent qui s'établit autour du corps étranger, donnent aux instruments accès sur celui-ci, ou bien l'entraînent complètement au-dehors avec le courant des larmes, sans exiger aucune manœuvre chirurgicale.

En général pourtant on ne saurait trop faire pour extraire le plus tôt possible les corps étrangers de la région oculaire ; il faut même quelquefois sacrifier l'organe visuel lorsqu'il y a danger pour la vie à temporiser, ainsi que nous l'avons vu dans un exemple de Percy ci-devant cité. Il ne faut pas non plus ménager les débridements pour arriver au but si le corps était par exemple niché dans la cavité orbitaire ; outre que leur séjour prolongé dans cette région entraîne le plus souvent la perte de l'œil (Bidloo, Gendron, Percy, Baudens), la phlogose suppurative qu'ils occasionnent peut se transmettre aux meninges et se terminer par la mort.

Toutes les substances vénéneuses, comme celles déposées par l'abeille et par d'autres insectes ou mouches que nous avons indiqués, méritent une extraction prompte. Dans certains pays, le peuple a pour usage de couvrir immédiatement d'un peu de fange à demi-liquide des ruisseaux ces sortes de piqûres, ce qui produit un effet astringent et réfrigérant. Le moyen le plus propre, c'est la succion à l'aide d'une ventouse à pompe si le siége se prête à cette manœuvre ; autrement il faut extraire l'aiguillon s'il y en a, cautériser la piqûre avec la pierre infernale, et lotionner souvent la partie avec un peu d'eau saturninée, ammoniacée, vinaigrée, etc. Il en est de même des substances caustiques, telles que la chaux, la potasse, etc. ; le mélange des larmes avec ces corps augmente malheureusement leur action mortifiante. On a dit que pour ne pas accroître leur dissolution, il fallait se servir d'un pinceau trempé dans de l'huile pour extraire ces substances de la surface de l'œil. Mais on n'a pas réfléchi que ce moyen remplit fort mal l'indication de l'extraction. Mieux vaut, suivant moi, se servir de lotions abondantes avec du lait si on en a sous la main ; on glissera, si la chose est possible, le bec d'une petite seringue vers l'angle palpébral externe, et l'on arrosera avec cette substance la superficie de l'œil et de la face interne des paupières. En cas cependant qu'on manquât de lait, il ne faut pas craindre d'avoir recours à l'eau simple ou légèrement vinaigrée, ou mieux encore rendu albumineuse à l'aide d'une certaine quantité de blanc d'œuf. L'eau augmente, dit-on, l'action de certains caustiques ; mais mieux vaut chasser le plus tôt possible le corps étranger avec ce liquide que de prolonger son séjour sur l'organe. Du reste, que le caustique soit solide ou liquide, après que l'œil aura été nettoyé, il est bon d'introduire entre les paupières un peu de blanc d'œuf à l'aide d'un petit pinceau doux ou de la curette de Daviel.

Les corps non adhérents, comme les cendres, la poussière, un moucheron, etc., n'ont besoin pour être extraits que de faire incliner la tête en avant, comprimer l'angle interne de l'œil avec le bout du doigt, et clignotter pendant quelques minutes dans cette position ; l'écoulement des larmes que le doigt empêche de passer dans le sac, conjointement à cette espèce de fouettement opéré par les paupières, entraînent de suite le corps au-dehors. Une injection d'eau fraîche avec une petite se-

ringue d'eau est quefquefois nécessaire pour nettoyer les coins de la conjonctive palpébro-oculaire. J'ai fait faire dans ce but des becs d'argent aplatis comme l'embouchure d'une flûte qu'on peut adapter au besoin au bec en étain des seringues ordinaires : on glisse facilement par l'angle palpébral externe cette extrémité aplatie, et l'injection peut s'effectuer sans douleur. Les lacunes de la conjonctive retiennent quelquefois à la base de l'une ou l'autre paupière quelques parcelles que le malade avertit souvent lui-même. Aussi est-il de précepte en pareille occurrence de renverser l'une après l'autre les paupières, et d'explorer attentivement l'espèce de gouttière muqueuse que chacune d'elles présente à la base. Le renversement artificiel de la paupière supérieure s'opère en glissant la pulpe de l'indicateur ou du pouce sous le tarse, et en le poussant de bas en haut en même temps qu'avec les autres doigts on comprime la base de la paupière dans un sens opposé.

La simple humidité retient quelquefois attaché à la conjonctive certains corps étrangers, tels que les ailerons d'insectes, les feuillets des coques de millet, etc. La curette de Daviel, un pinceau doux trempé dans du miel ou dans un sirop quelconque, la pointe d'un petit cornet de papier mouillé avec de la salive ou tout autre instrument analogue, peut servir à l'en détacher et l'entraîner au-dehors.

Si le corps étranger est fixé dans le tissu de l'œil ou des paupières, plusieurs instruments peuvent servir à son extraction. Les doigts, des pinces à dissection, l'aiguille à cataracte, l'aiguille spatule de Forlenz, la pointe d'une lancette, un cure-dents, une curette, un anneau, etc., rempliront ce but si le corps est accessible à leur action. On a prétendu qu'à l'aide d'un morceau d'aimant qu'on approcherait de l'œil on pourrait faire sauter des parcelles de fer qui seraient enchâssées dans les lames de la cornée. (F. de Hilden.) Une baguette de cire d'Espagne électrisée par le frottement pourrait aussi, a-t-on dit, détacher et enlever par son approche de petits brins de paille arrêtés sur les mêmes tissus (Gendron) : *credat judens appella.* Le docteur Krimer a aussi prétendu que les molécules de fer arrêtées sur la cornée pouvaient être dissoutes à l'aide d'un bain oculaire dans lequel entrerait une certaine quantité d'acide muriatique (10 gouttes par once d'eau de rose). On n'a pas réfléchi que le corps étranger se couvre promptement de lymphe plastique, et que ce dissolvant ne peut avoir de prise sur sa substance. L'organe, d'ailleurs, ne supporterait pas impunément la présence d'un pareil collyre. En général, lorsqu'on exerce des manœuvres pour l'objet dont il s'agit, il faut d'abord bander l'œil sain et faire soulever la paupière du côté malade par un aide.

Dans le cas enfin ou le corps étranger occupe la chambre antérieure, ou tout autre point accessible de l'intérieur de l'œil, l'extraction peut exiger l'incision de la cornée comme pour l'opération de la cataracte. On saisira pour cela le moment convenable, et l'on agira avec les précautions que nous indiquerons ailleurs.

b. Prévenir les accidents. Il ne faut pas s'abuser sur la valeur de ce mot : quand l'œil a été cautérisé ou autrement blessé, il faut s'attendre inévitablement à une réaction plus ou moins forte. Tout ce qu'on peut espérer de l'art, c'est de prévenir sa trop grande violence et de disposer l'organe à la bien supporter sans tomber en fonte purulente. Heureux le chirurgien et le malade, quand ce but peut être obtenu.

Couvrir les yeux, arroser l'organe malade d'eau fraîche, tenir le sujet dans une chambre peu éclairée, le saigner une ou plusieurs fois suivant le cas, et le mettre enfin au régime des opérés de la cataracte, tels sont les remèdes que l'art nous offre dans cette circonstance. Il est bien entendu d'ailleurs que tous ces moyens à la fois ne conviennent que dans les cas graves seulement.

c. Combattre les accidents. Ici s'applique très-exactement le traitement des phlogoses oculaires que nous exposerons plus loin. Nous indiquerons aussi, dans un autre endroit, les précautions à prendre pour prévenir le symblepharon et l'ankyloblepharon en cas de brûlure conjonctivale. (*V.* Maladies des appendices oculaires.)

N° 5. — 12 JANVIER.

HOPITAL DE LA PITIÉ.

M. Lisfranc.

Asphyxie du pied par cause traumatique jointe à l'action du froid. Escarres superficielles. Bons effets des affusions de chlorure de sodium.

Au n° 2 de la salle St-Antoine est un homme âgé d'une quarantaine d'années, de bonne constitution, ouvrier sur le port, pour être traité des suites d'une forte contusion qu'il avait éprouvée sur le pied droit.

Étant à travailler ces jours derniers par un grand froid, une grosse bûche lui était tombée sur les orteils. Le pied, qui était déjà froid, s'est gonflé immédiatement sans pouvoir se réchauffer : le malade se fit recevoir à la clinique, et a été obligé de couper le soulier pour pouvoir ôter le pied, tant était vive la douleur étranglante qu'il y éprouvait.

A l'examen, M. Lisfranc trouve de l'inflammation, qu'il combat d'abord à l'aide de deux saignées. Le pied cependant offre consécutivement une couleur grisâtre depuis le bout des orteils jusqu'à la partie moyenne de la plante; il est couvert de plusieurs phlyctènes, et la sensibilité est fort obtuse. En ouvrant ces phlyctènes, on trouve le corps muqueux d'un rouge brun, et froid au toucher. Le malade sent cette partie comme engourdie, et l'on craint avec raison que la gangrène succède à cette espèce de torpeur asphyxiaque.

M. Lisfranc ordonne : 1° De panser les points excoriés des phlyctènes avec du linge enduit de cérat ; 2° de matelasser toute la région malade avec de la charpie brute de l'épaisseur de trois pouces; 3° d'arroser le tout avec une solution de chlorure d'oxyde de sodium, à 3 degrés.

A l'aide de ce traitement, la vie dans le membre s'est ranimée, mais rien n'a pu empêcher la formation de quelques escarres gangréneuses. Le malade est aujourd'hui en voie de guérison.

Cette observation est principalement remarquable sous deux rapports :

1° Par l'action asphyxiante de la contusion sur un membre déjà froid. Bien qu'une forte contusion suffise à elle seule pour déterminer quelquefois la gangrène, on conçoit que la même cause parvient plus facilement à ce résultat si la partie se trouve préalablement frappée par le froid comme chez le malade dont il s'agit.

2° Par la médication suivie. L'état phlegmoneux dans

lequel le membre se trouvait à l'entrée du malade exigeait le traitement antiphlogistique général que nous venons d'indiquer. Bientôt après cependant il fallait changer de méthode, attendu l'état des parties. Aussi eût-on recours à un pansement particulier et à l'application de l'oxydede sodium qui, comme on sait, a une action fort salutaire sur les tissus prêts à être frappés de gangrène.

Nous avons observé à la clinique de Dupuytren quelques cas analogues au précédent ; ce chirurgien les traitait par les applications de cataplasmes chauds qu'il faisait changer plusieurs fois dans la journée ; il arrosait de teinture de camphre ces cataplasmes si les parties environnantes n'étaient pas fortement enflammées. On pourrait, du reste, comparer l'espèce d'asphyxie fibrillaire dont il s'agit à celle produite par le boulet; le même traitement est applicable dans les deux cas, savoir, les excitants locaux jusqu'au moment de la réaction si elle a lieu, les émollients et antiphlogistiques ensuite.

N° 6. — 14 JANVIER.

HOPITAL DE LA PITIÉ.

M. LISFRANC.

Considérations sur les abcès.

(Leçon recueillie par M. A. Forget, interne.)

(Suite du numéro du 7 janvier 1837.)

L'application des onctions mercurielles au traitement des érysipèles et des phlegmons, nous conduit à l'appréciation de la méthode ectrotique employée contre la variole par M. Serres, de l'institut. Ce savant praticien, considérant avec Sydenham, les pustules varioliques comme de petits phlegmons, et l'inflammation de la face qui la complique dans les confluentes comme une conséquence de ces agglomérations phlegmoneuses, conçut l'idée de faire avorter les pustules, et par suite l'inflammation que détermine leur présence. Pour atteindre ce but, il cautérisa ces pustules varioliques avec le nitrate d'argent; les pustules avortèrent, et, chose remarquable, l'inflammation érysipélateuse de la face fut prévenue.

J'avais secondé M. Serres dans ses expériences, j'en avais vu le bon résultat; je fus donc un des défenseurs de cette méthode dans les attaques dont elle fut l'objet en 1825, dans le sein de l'académie de médecine. Je dois vous faire remarquer que la méthode ectrotique de M. Serres est une application des principes de la chirurgie à la médecine pratique; comme aussi vous devez voir que les vues de MM. Serres d'Uzès, et Ricord ne sont qu'une extension de cette méthode dont j'aurai occasion de vous entretenir de nouveau, quand nous en serons au traitement du zona.

Quoi qu'il en soit, M. Serres a continué l'application de sa méthode dont les avantages ne sont plus contestés aujourd'hui; dans l'année 1835, il a fait à l'hôpital de la Pitié, avec l'interne de sa division, une série d'expériences thérapeutiques dont les résultats sont remarquables, en ce qui touche surtout la question qui nous occupe.

Pour faire avorter les pustules ou les phlegmons varioleux (selon l'expression de Sydenham et M. Serres), ce praticien a substitué au nitrate d'argent diverses préparations emplastiques, telles que le diachylum gommé, le charbon porphirisé mélangé avec l'axonge, les différents sels de plomb, l'acétate, le sous-carbonate, l'iodure de plomb.

Dans cette première série d'expériences, les pustules varioliques n'ont subi aucune modification dans leur marche, la rougeur phlegmoneuse des aréoles n'a été ni diminuée ni ralentie dans sa durée et son intensité; en un mot les pustules ont parcouru leurs périodes ordinaires.

Dans une seconde série d'expériences, M. Serres a appliqué sur les pustules l'emplâtre de Vigo cum mercurio, les trochisques de minium où il entre du sublimé, et enfin l'onguent mercuriel.

Dans tous les cas, sans exception, cette dernière médication a produit l'avortement des pustules varioliques et de l'érysipèle phlegmoneux qui les accompagne. Il ressort de ces expériences thérapeutiques qui ont été publiées, un résultat des plus remarquables pour la pratique : savoir que la pustule variolique et le phlegmon varioleux exigent la présence du mercure dans les compositions emplastiques destinées à faire avorter la variole.

M. Serres a appliqué ces idées thérapeutiques au traitement de l'ophthalmie varioleuse qui complique si souvent la variole confluente. Il a appliqué sur la conjonctive enflammée une couche légère d'onguent mercuriel, et l'inflammation s'est dissipée avec promptitude; enfin dans deux cas de pharyngite varioleuse intense qui menaçait la vie des malades, ce praticien a porté les onctions mercurielles sur le pharynx, et les deux malades ont été promptement soulagés et sont guéris.

Ce sont là des exemples de cette thérapeutique expérimentale que les progrès de la médecine exigent présentement, et à laquelle on reviendra quand aura eu son cours la *médecine des petites choses* (medicina minimarum), comme le disait si énergiquement le professeur Bourdier.

Si les vérités que nous avons émises sont rigoureusement vraies, comme le pensent non pas les hommes de cabinet, mais bien ceux qui ont fait leur éducation médicale dans les hôpitaux, il ne faut pas, quand on veut faire de la bonne thérapeutique, s'en tenir à l'étude de quelques médicaments propres à combattre une maladie, quoiqu'on ait vu le plus souvent ces mêmes médicaments obtenir de grands succès; nous l'avons dit, ils doivent échouer dans certaines circonstances, non pas parce que le malade est soumis à quelque loi d'exception, mais bien au contraire parce qu'il est sous l'empire d'une loi générale due au génie particulier de l'affection morbide à laquelle il est en proie.

De là la nécessité en saine pratique, quand on voit les médications les plus rationnelles échouer, de multiplier les moyens de guérison.

Guidé par ces idées philosophiques, je vais vous entretenir de l'emploi du vésicatoire contre l'érysipèle et le phlegmon.

Le vésicatoire a été conseillé, surtout contre l'érysipèle ambulant que l'on a vu envahir successivement tous les points de la surface du corps depuis le cuir chevelu jusqu'à la peau des doigts et des orteils : Lamotte en cite une observation dans les Mémoires de l'académie de chirurgie.

J'ai vu cet érysipèle erratique résister aux purgatifs,

aux scarifications, à la cautérisationavec le nitrate d'argent, à l'eau froide, aux saignées, etc., et céder à l'application d'un vésicatoire.

En 1822, chargé du service médical de M. Serres, j'eus à traiter un grand nombre d'érysipèles et de phlegmons érysipélateux, et j'obtins de nombreux succès à l'aide du vésicatoire.

Desault s'en servit avec avantage; Marc-Antoine Petit, de Lyon; Dupuytren ont publié des faits qui militent en faveur de ce moyen; enfin je l'ai vu réussir seul sur des amputés dont les moignons étaient érysipélateux.

Sans doute il a eu des insuccès; Alix parle d'escarres gangréneuses survenues après son application.

Beaucoup de praticiens ont vu échouer ce moyen, et plusieurs d'entre eux le rejettent avec une sorte de dédain; ils avancent qu'il augmente la phlegmasie. M. Lisfranc ne partage pas leur opinion, et poursuit en ces termes : Les insuccès sont dus en général à l'oubli des indications, et quelquefois à l'ignorance. C'est, en effet, pour n'avoir pas tenu compte de l'état du tube digestif, et pour n'avoir posé aucune règle précise basée sur l'état des parties où le vésicatoire est mis, qu'il a pu arriver des accidents ou que le médicament a échoué. Vous ne perdrez donc jamais de vue les principes que nous allons vous donner.

M. Lisfranc ajoute : J'avais vu, comme plusieurs de mes confrères dont j'estime d'ailleurs infiniment le savoir, le vésicatoire réussir tantôt admirablement contre l'érysipèle et le phlegmon, tantôt non-seulement ne pas réussir, mais encore être nuisible; ce qui m'explique pourquoi les uns l'admettaient exclusivement, et les autres le rejetaient sans réserve. Je crus que, pour décider la question, il était important de se livrer à de nombreuses investigations sur la nature de la maladie, sur ses causes, sur ses complications, sur les phénomènes qui l'accompagnaient. J'ai déjà dit que j'avais été dans des circonstances très-favorables, je tâchai de les mettre à profit; j'appliquai d'abord le vésicatoire dans tous les cas; je vis bientôt qu'ici j'avais des succès, et là même des revers. Mais je m'aperçus que quand le phlegmon ou l'érysipèle existait, le canal intestinal étant sain, le vésicatoire était un médicament héroïque; que si au contraire le tube digestif était malade, le vésicatoire ne réussissait pas, et était même presque toujours nuisible. Depuis que j'ai suivi ces indications, j'ai rarement éprouvé des échecs.

Le vésicatoire aura la largeur environ de la paume de la main, et sera placé au centre même de l'inflammation. On pense qu'il agit en centralisant la phlegmasie sur le point qu'elle occupe; nous tenons peu, comme vous savez, aux explications.

Cette inflammation centralisée se termine presque toujours par résolution; néanmoins dans certaines circonstances, surtout quand le vésicatoire a été appliqué trop tard, il se forme sous lui un abcès circonscrit, peu volumineux, dont les inconvénients ne peuvent pas être mis en balance avec ceux qu'aurait produit le pus si l'inflammation fût restée diffuse. On sait qu'alors le membre s'infiltre de matière purulente comme une éponge pour ainsi dire, qu'il se forme de vastes collections, que d'immenses clapiers ont lieu, que les malades peuvent succomber, que l'amputation du membre peut devenir indispensable, et que quand on obtient la guérison, elle se fait long-temps attendre.

Il faut se garder de mettre en usage le vésicatoire si l'érysipèle est phlycténoïde, et s'il offre une couleur tant soit peu brune; la gangrène se développerait presqu'infailliblement. Dans le phlegmon en partie suppuré le vésicatoire peut encore être utile; mais on ne doit l'appliquer qu'autant que la peau est saine, et à côté du point fluctuant.

Le vésicatoire doit être proscrit dans le cas de phlegmasie et d'érysipèle œdémateux : il pourrait amener la gangrène. Il faut également le rejeter dans le phlegmon des parois thoraciques et abdominales; car en centralisant une inflammation dans le voisinage des organes splanchniques, on s'exposera à la voir se propager, sinon sur ces organes eux-mêmes, du moins sur la plèvre ou sur le péritoine. On ne mettra pas le vésicatoire à la tête dans la crainte des congestions qu'il exposerait à déterminer sur les meninges et le cerveau.

Le vésicatoire sera levé le lendemain de son application, et on le fera suppurer. S'il n'a pas réussi, ou si l'inflammation n'est que faiblement amendée, il faudra en poser un autre le lendemain sur le point le plus enflammé, et jamais sur le premier.

Quelquefois un troisième, un quatrième sont nécessaires; mais chaque fois qu'un nouveau vésicatoire est appliqué, il faut se comporter de manière qu'il n'y en ait autant que possible jamais plus de deux en suppuration. Après la guérison de l'érysipèle il ne faut pas supprimer immédiatement l'exutoire, mais en laisser un pendant une huitaine de jours environ.

Ce moyen répugne à beaucoup de malades; je n'ai pas besoin de dire que son application est douloureuse, et je ne vous en conseille l'usage que lorsque les moyens plus simples et aussi puissants n'auront pas enlevé le mal. Il est bien entendu que dans les cas où la gastro-entérite a disparu, on peut, lorsque l'érysipèle ou le phlegmon persistent, recourir au vésicatoire, qui réussit tout aussi bien que si le canal intestinal n'avait pas été malade.

N° 7. — 17 JANVIER.

SOCIÉTÉ PHRÉNOLOGIQUE DE PARIS.

(*Séance du* 11 *janvier* 1837.)

ORDRE DU JOUR.

1° Correspondance. 2° Discours d'ouverture, par M. Broussais père. 3° Instruction phrénologique, par M. Dumoutier. 4° De la direction à donner aux études phrénologiques, par M. Fossati.

Pour l'installation d'un nouveau bureau, M. le professeur Broussais ayant annoncé qu'il ferait un discours, une foule considérable s'était portée au Musée phrénologique, lieu ordinaire des séances.

— La correspondance contient deux lettres : l'une de M. le docteur Mège, qui donne sa démission de vice-président; l'autre de M. le docteur Lacorbière, qui remercie la société de l'avoir nommé trésorier, fonction que le mauvais état de sa santé et quelques occupations particulières l'empêchent d'accepter.

— M. Peixoto fait hommage à la société de la médaille qu'on a offerte à M. Broussais.

— Après avoir remercié la société de l'honneur qu'elle lui avait conféré pour la troisième fois; après lui avoir témoigné ses regrets de ce que des travaux

multipliés et le mauvais état de sa santé ne lui permettaient plus de prendre une coopération active aux travaux de la société; l'honorable professeur a embrassé l'ensemble de l'œuvre phrénologique, et s'est ensuite posé cette question : la phrénologie a-t-elle une importance telle que nous devions y tenir absolument? Ainsi que vous, Messieurs, je le crois. L'importance que nous devons y attacher est fondée sur le sentiment que nous avons tous de la grande part que cette science est appelée à prendre aux progrès des connaissances humaines et au perfectionnement de l'état social.

Comment la phrénologie arrivera-t-elle à ce double résultat? En faisant connaître l'homme à l'homme mieux qu'il ne le connaît; en armant son intelligence contre ses passions, source de tous ses maux!

Cela dit, M. Broussais a passé en revue la marche et les effets de la civilisation. En se civilisant, a-t-il dit, la société s'est avancée dans la perfection, bien plus sous le rapport physique que sous le rapport moral. En effet, les sciences naturelles ont multiplié les sources de la richesse et des jouissances physiques; mais l'art de faire servir ces biens au bonheur de l'homme n'a point marché dans la même proportion. La civilisation a bien eu pour premier et notable effet d'adoucir la férocité des mœurs. On ne se rue plus aujourd'hui sur le premier possesseur d'une richesse pour le dépouiller violemment; mais on cherche des prétextes pour colorer l'usurpation et la spoliation; l'exercice de la force a fait place à celui de la ruse! Si par hasard les sentiments supérieurs combattent les sentiments inférieurs, dans cette lutte, souvent hypocrite, la victoire est toujours au plus rusé.

Pourtant, direz-vous, les sentiments supérieurs ont des interprètes avoués dans l'état social : la religion et la morale? D'où vient donc que ses défenseurs, ses protecteurs, ses *organes* des sentiments supérieurs, ne triomphent pas? de ce que l'homme, faute de se connaître, ne fait qu'obéir aux sentiments inférieurs. Éclairons donc son intelligence pour qu'elle arrive à gouverner les passions.

Ici M. Broussais fait voir que, pour accomplir cette noble mission, l'histoire des peuples est trop souvent infidèle ou partiale, qu'elle imagine beaucoup et n'explique rien. L'histoire naturelle, en général, n'exerce que les facultés d'observation, est trop économe d'induction, et ne conclut pas. La philosophie comme la logique est trop sèche, trop formaliste et n'appelle l'exercice du raisonnement que sur des mots; comme métaphysique elle se perd dans le vague; comme idéologie elle est trop isolée de l'histoire naturelle, de l'observation par les sens; comme morale elle ne demande pas assez compte de ses actions à l'organisation de l'homme. La législation est presqu'aussi inutile; car elle n'a, pour ainsi dire, qu'à organiser la lutte des intérêts, et à régler le partage de la possession. Il en est de même de la jurisprudence, qui seulement règle les droits à la possession et épouvante le vice par la menace de la ruine, de la prison et de la mort! Elle protège mal, elle défend mal la morale; elle inspire la ruse, elle fait que l'homme se cache pour commettre le mal; mais elle ne le corrige pas.

M. Broussais dit que si la morale, qui de toutes les sciences, tend le plus directement au perfectionnement de l'homme social, voulait s'éclairer de l'histoire naturelle de l'homme comparé avec les animaux, avec toute la nature, la société trouverait dans l'avenir enfin ce qu'elle doit espérer. Parmi toutes les branches de l'histoire naturelle, celle qui a trait aux fonctions du système nerveux, et cette branche dont l'influence et le concours sont nécessaires au but de la morale, ne se présente expliquée, détaillée d'une manière satisfaisante que dans la phrénologie!

La phrénologie, au lieu de définir la raison à l'homme, aux moralistes, la leur montre comme elle leur montre autour d'elle ses séducteurs et ses ennemis; l'homme apprend d'elle à connaître son semblable. La phrénologie fait bien plus! elle prouve que la raison n'étant pas un mot, mais un organe, on peut se saisir de cet organe comme de tous les autres et le fortifier en l'exerçant.

Ces impulsions fatales que l'homme sent et redoute lorsqu'il a assez vécu pour pouvoir s'observer, il les croyait jadis des pensées fortuites et passagères, des suggestions fugitives dont il se flattait illusoirement de se rendre à volonté le maître. Ainsi pensaient tous les moralistes qui prêchaient la conversion, la correction, supposant la volonté souveraine et s'indignant ridiculement des échecs qu'elle éprouvait. La phrénologie montre l'ennemi établi, résidant, redoutable, et prouve qu'il faut arriver à le frapper d'inaction à force *d'exercice des organes opposés.* C'est un pas immense!

M. Broussais fait sentir les grands résultats de cette science, en montrant que l'homme jeune encore pourra être dressé sans qu'on vacille dans le plan d'éducation qui lui convient; qu'alors on pourra se dispenser de le rebuter par de vaines prédications; qu'il sera possible de distinguer l'homme corrigible de l'homme incorrigible; de faire un choix parmi ceux dont on aura besoin de s'entourer dans le parcours de la vie; d'arracher de la société ce fatal usage qui conduit un père de famille à désigner d'avance, selon son goût, la profession future de son fils, sans s'inquiéter le moins du monde des dispositions ou des antipathies de l'enfant; que de cette manière enfin les arts, les sciences, les lettres, l'industrie ne pourront qu'y gagner, puisqu'il ne sera plus possible de prendre *la manie de faire* pour *la capacité de réussir.*

Avant la venue de la phrénologie, le vague et l'arbitraire régnaient sur toutes ces belles questions. La conviction sur le peu que l'on savait en morale n'existait, quand encore elle n'existait que pour les fortes raisons, pour les organisations d'élite. Cette conviction si restreinte, nous la ferons partager aux masses sur ses points beaucoup plus multipliés et plus importants. Alors il y aura des concerts, par conséquent de la force et de l'efficacité dans les moyens d'amélioration et de progrès.

Telle est la tâche qui nous est imposée, dit en finissant M. Broussais, et si nous sommes aujourd'hui en minorité et dans l'ombre, si les sommités sociales et scientifiques, armées contre nous du dédain qui leur est propre, s'éloignent de nous, si notre voix n'a pas encore trouvé d'échos au dehors, nous devons puiser dans les difficultés de notre mission des motifs nouveaux pour redoubler de zèle et d'efforts. Ne vous effrayez pas de ces difficultés, Messieurs, car la phrénologie doit subir le sort des vérités; plus elles sont réelles, plus elles ont de peine à voir le jour! Préparons donc nos matériaux pour les sommités scientifiques d'abord, car ce sont elles qui devront faire passer la phrénologie dans le corps social. Ce discours a été couvert d'applaudissements unanimes; sur

la proposition de M. La Corbière, il a été décidé qu'il serait imprimé aux frais de la société.

— La parole est à M. Dumoutier. Il s'agit de deux faits qui intéressent à la fois la chirurgie et la phrénologie. M. Dan... et le colonel R... ont eu tous deux une fracture avec enfoncement des os du crâne. Chez le premier sujet, une grande portion du coronal, d'un seul côté, a été atteinte par un biscayen ; chez le second la partie supérieure du coronal et les deux pariétaux, supérieurement, ont été brisés dans une grande étendue par une obus. M. Dan... tomba sous le coup, sans signe de vie, et ce ne fut que quelques instants après qu'on s'aperçut qu'il n'était pas mort; il fut porté à l'hôpital, où il resta quatre années, et en y arrivant il avait déjà recouvré toutes ses facultés. Pendant trois semaines les téguments furent tellement infiltrés que la vision fut presque complètement abolie. Malgré la gravité de la fracture et des accidents consécutifs on ne lui pratiqua pas de saignées; et soit que l'hémorrhagie primitive ou que celles qui survinrent postérieurement en aient tenu lieu, le blessé n'alla pas plus mal, mais il se forma une escarre gangréneuse qui faillit lui coûter la vie. La susceptibilité nerveuse était devenue si grande qu'il ressentait dans le cerveau des douleurs lancinantes qui retentissaient jusque dans la plante des pieds, et lui faisaient éprouver la sensation d'une forte commotion électrique. Il survenait du coma de temps en temps jusqu'à l'exfoliation de la portion d'os qui avait été brisée, et alors du pus qui s'était accumulé entre le crâne et la dure-mère s'était écoulé. Quelquefois les mouvements volontaires furent gênés ; et l'audition, qui avait été altérée, conserva beaucoup de dureté.

Enfin au bout de six mois on enleva la portion d'os, et le blessé supporta bien l'opération ; il ne se plaignait que de la pression de l'air atmosphérique.

Pendant long-temps le cerveau fut protégé par la dure-mère, qui se couvrit de bourgeons charnus, que l'on fut quelquefois obligé de ranimer par la cautérisation. Après six mois la cicatrisation était complètement achevée.

Depuis quarante-deux ans que date cette blessure, il s'est formé une nouvelle ossification ; on peut s'assurer de l'existence de cette lame osseuse par la percussion, et celle-ci fait éprouver au blessé une sensation analogue à celle d'un timbre métallique. Lorsqu'on prend toutes les précautions nécessaires pour que les sons ne parviennent pas au cerveau par les oreilles, et qu'on parle au-dessus de la cicatrice, M. Dan... entend ce qu'on lui dit; et en appliquant le doigt sur cette partie, on sent encore assez distinctement les pulsations du cerveau.

Aujourd'hui, âgé de soixante-quatorze ans, M. Dan... est parfaitement guéri, et a conservé d'une manière intacte l'usage de ses facultés intellectuelles.

Le colonel de R.., tombant sans mouvement, fut laissé pour mort sur le champ de bataille, et ne fut éveillé quelques heures après que par les ruades d'un cheval encore agité de convulsions, qui avait été frappé en même temps que lui. Alors le colonel voit qu'il n'est entouré que de cadavres, et entend très-bien au loin le bruit des deux armées. Il veut s'acheminer vers des feux qu'il aperçoit ; mais bientôt le sang qui inonde son visage l'avertit qu'il est blessé : il porte ses mains à sa tête et n'y sent pas de douleur ; ayant recouvré l'usage de ses sens, de ses facultés, de ses mouvements, il continue à marcher. Il est à remarquer que pendant long-temps le colonel a conservé la perte de conscience des rapports de durée, ainsi que la faculté de pouvoir répondre aux questions qu'on lui adressait ; il ne pouvait même pas demander ce dont il avait besoin, et ne pouvait manifester d'autres témoignages, de gratitude que par des poignées de main. Bref, M. de R... guérit et se porte très-bien aujourd'hui. (M. de R.., se trouve dans l'enceinte.)

M. Dumoutier tire les conclusions suivantes de ces deux faits. Chez le premier la blessure a été moins forte que chez le second, mais chez les deux la substance cérébrale n'a pas été atteinte; chez le second, M. de B.., la commotion ayant eu lieu sur une surface plus large, il y a eu une commotion par contre-coup, ou peut-être un épanchement qui est venu comprimer le point diamétralement opposé, c'est-à-dire l'organe du temps et celui du langage. De plus, il semble que la vie a paralysé les organes qui se sont trouvés comprimés par l'obus et que la vie se soit refoulée sous les organes circonvoisins; car chez M. B..., l'estime de soi, la bienveillance, le courage sont, depuis ce temps, prodigieusement exaltés. Ces deux faits, ajoute M. Dumoutier, ne pourraient donc pas servir contre la phrénologie.

La parole est à M. le docteur Bérigny.

Puisqu'il est question de plaies de tête, dit-il, je saisirai cette occasion pour répondre à un fait qui a été publié par *l'Indépendant de Bruxelles*, et reproduit par plusieurs journaux français. Il s'agit, selon ce journal, d'un jeune homme qui se serait tiré un coup de pistolet dans le front ; deux balles seraient entrées dans le cerveau, et il serait par suite sorti de la substance cérébrale. De triste et de sombre qu'il était, ce jeune homme serait devenu *intelligent, gai et content.*

M. Bérigny rapproche ce fait de beaucoup d'autres du même genre qui existent dans la science chirurgicale, et restés jusqu'ici sans explications ; car il est reconnu qu'on ne connaît pas bien encore les fonctions de toutes les portions du cerveau.

D'ailleurs, ajoute-t-il, il est possible, dans ce cas, si incomplètement recueilli, que des organes aient disparu sous le passage des balles, sans que l'auteur de cette observation s'en soit aperçu ; car il paraît, ainsi que ceux qui l'ont répété et commenté, fort peu en possession de la science de Gall. En effet, ce médecin nous dit : l'individu devint intelligent ; mais un phrénologiste ne se fût pas servi, dans ce cas, de ce mot employé comme collectif, car les phrénologistes savent qu'il y a plusieurs sortes d'intelligence ; partant, il pouvait bien lui rester l'intelligence des organes qui étaient intacts. Il devint *gai et content ;* cela devait être, suivant M. Bérigny ; car si les organes de la gaîté et du langage se trouvaient à côté de ceux qui ont été enlevés, ce qui est probable, ils ont dû être sur-excités.

M. Bérigny ajoute qu'il est incroyable qu'on ait jeté au public un fait si incomplet, et qu'un phrénologiste n'eût pas manqué de donner surtout les symptômes psychologiques survenus immédiatement après la blessure (1).

(1) Nous croyons inutile de faire observer que nous ne nous rendons nullement solidaires des opinions phrénologistes ; quelque extraordinaires que paraissent certains faits et certaines explications, nous ne sommes ici que simples narrateurs de ce qui s'est passé dans une séance publique.

(*Note du Réd.*)

M. Fossati étant indisposé ne peut prononcer son discours.

La séance est levée à dix heures et demie.

HOTEL-DIEU.

M. Chomel.

Anévrisme de l'aorte. Traitement antiphlogistique continué pendant cinq ans. État stationnaire de la maladie depuis deux ans. Un mot sur le traitement de Valsalva.

Un homme âgé de trente-quatre ans, couché n° 64 de la salle Saint-Bernard, et entré à l'hôpital pour une névralgie sciatique, qui a été combattue avec succès par l'application de sangsues, nous a offert les signes d'un anévrisme de l'aorte, affection dont l'histoire est intéressante sous plusieurs rapports.

Cet homme raconte qu'il y a sept ans, pendant qu'il se trouvait couché avec sa femme, celle-ci sentit des battements insolites dans le côté droit de la poitrine. Il posa lui-même la main sur le lieu indiqué, et perçut les mêmes battements. Peu occupé du soin de sa santé, il se livrait à cette époque à des excès des boissons alcooliques. Il buvait quatre à cinq litres de vin par jour, et quelquefois aussi un litre d'eau-de-vie. Ces battements extraordinaires éveillèrent cependant son attention; il invoqua les lumières de plusieurs médecins, qui reconnurent un anévrisme bien caractérisé de l'aorte thoracique, et prescrivirent un traitement assez énergique. Désirant être délivré d'une affection dont on lui fit pressentir le danger, le malade renonça à ses écarts de régime habituels, et se soumit à un traitement antiphlogistique assez énergique. On lui appliqua un assez grand nombre de sangsues, on le soumit en même temps à l'usage de la digitale.

Pendant les cinq ans qui suivirent, la veine fut régulièrement ouverte une fois par mois, ce qui porte à soixante le nombre des saignées pratiquées pendant ce laps de temps. Dans le même intervalle on lui posa deux cents sangsues. Sous l'influence de ces moyens de traitement, la maladie a cessé de faire des progrès.

Depuis deux ans aucune médication n'a été mise en usage, et cet homme a joui d'une bonne santé en apparence. Il a pu exercer une profession qui exige un assez grand développement des forces musculaires; il est ouvrier dans une fabrique d'épuration d'huile, ce qui l'oblige à rouler des pièces d'un poids très-considérable.

Voici l'état dans lequel se trouve actuellement cet homme :

L'expression de la physionomie n'indique aucun état morbide; les fonctions digestives s'accomplissent avec beaucoup de régularité. Pendant tout le cours de son séjour à l'hôpital, il a mangé la portion entière : on en a retranché seulement les quatre tasses de vin qui en font partie.

La respiration n'est nullement gênée dans l'état de repos; le malade peut même monter l'escalier d'un premier étage sans éprouver d'essoufflement; la dyspnée n'arrive que lorsqu'il faut monter à un second ou à un troisième étage. Il n'y a pas de toux. Lorsqu'on compare les deux côtés de la poitrine, on trouve un peu plus de saillie dans la partie supérieure droite que dans la portion gauche correspondante. Le bord droit du sternum semble un peu proéminent, tandis que le bord gauche est déprimé. La clavicule droite paraît elle-même un peu plus saillante que la gauche; mais cette différence est peu tranchée. Dans une étendue de deux pouces de largeur, le malade ressent des battements qui sont appréciables à l'œil nu. Lorsqu'on pose la main dans cette même étendue, on perçoit le phénomène désigné par Laennec sous le nom de *frémissement cataire*. L'oreille, appliquée sur la même région, entend un double bruit; le premier constitué par un bruit de râpe très-fort, le second par un bruit de soufflet.

La tumeur paraît s'étendre depuis la cinquième côte jusqu'à deux pouces au-dessus. Il n'existe, du reste, aucun symptôme qui indique la compression des organes voisins. L'absence de dyspnée, de raucité ou de sifflement de la voix, annoncent que le poumon et la trachée ne sont point comprimés par la tumeur.

Nous indiquons ces signes négatifs parce que Laennec leur a accordé une grande valeur. Il avance même que les anévrismes de l'aorte ne peuvent être soupçonnés que lorsqu'il se manifeste des désordres fonctionnels résultant de la compression des organes voisins par la tumeur anévrismale.

Le frémissement cataire, qui est si distinct dans le cas actuel, et qui était regardé par Laennec comme un des signes qui indiquent un rétrécissement des orifices du cœur, nous paraît de nature à faire présumer qu'il y a un rétrécissement de l'aorte au-dessus de la tumeur anévrismale.

Le pronostic de cette affection est certainement moins grave aujourd'hui, qu'il n'était il y a sept ans. Depuis deux années environ, la maladie est restée complètement stationnaire. Cet homme paraît devoir prolonger sa carrière encore assez long-temps. Si plus tard la tumeur fait des progrès, elle usera les cartilages des côtes et viendra faire saillie sous la peau.

Nous avons vu des tumeurs de ce genre se présenter extérieurement sous la forme d'une grosse mamelle. A cette période, on voit une escarre se former à la peau, se détacher et être suivie d'une rupture de la poche anévrismale.

Un cas de ce genre s'est présenté à la clinique en 1821. Une escarre se forma à la peau qui recouvrait une tumeur anévrismale; au moment où l'escarre se détacha la tumeur se rompit, le sang fut projeté jusqu'au ciel du lit qu'occupait le malade, et la mort arriva subitement. Ces cas sont rares; car ordinairement la mort arrive avant la formation de l'escarre.

Le malade se trouvant dans des conditions assez favorables, nous n'avons pas cru devoir tenter chez lui quelque moyen de traitement. La méthode dite de Valsalva est celle à laquelle on a recours en pareille occurrence. Cette méthode, qui consiste à saigner largement et à soumettre le malade au régime le plus sévère, compte quelques succès. Mais elle exige un grand courage de la part du médecin et du malade. Quand on a tiré douze à quinze livres de sang et que les battements se font encore sentir, il faut un courage vraiment héroïque pour ouvrir encore la veine, et diminuer encore la quantité des aliments.

M. Chomel a employé cette méthode dans un petit nombre de cas, en lui faisant subir quelques modifications; mais il l'a fait toujours sans succès. Valsalva, en soustrayant au malade une grande quantité de sang,

avait surtout pour but de diminuer la force d'impulsion de ce liquide, pour s'opposer aux progrès de la maladie. Un autre but qu'on doit chercher à atteindre, c'est de favoriser la coagulation du sang contenu dans la poche anévrismale, et de la transformer ainsi en un kyste solide. Pour obtenir cet effet, on ne doit pas éloigner les saignées, ainsi que le faisait Valsalva, mais en pratiquer plusieurs dans un court espace de temps et les pousser jusqu'à la syncope. Il y a, dans ces cas, un arrêt dans la circulation qui augmente les chances de la coagulation du sang. On doit, pour concourir au même résultat, faire des applications de glace sur la tumeur, et administrer à l'intérieur l'acétate de plomb.

Dans le cas actuel, la maladie étant complètement stationnaire, et n'incommodant pas assez le malade pour l'empêcher de vaquer à ses occupations, nous n'avons pas cru devoir faire usage d'une méthode qui a constamment échoué entre nos mains, et qui, nous le répétons, exige de la part du médecin et du patient un courage vraiment héroïque.

N° 8. — 19 JANVIER.

LITHOTRITIE.

Cinquante-sept ans; gros calcul; vessie à colonnes, hypertrophiée; catarrhe de vessie; guérison par la lithotritie, en six séances de 4 à 5 minutes.

M. de Chacarme, de Dijon, âgé de 57 ans, rendait des graviers depuis cinq ans; il était sujet à la goutte. Depuis dix-huit mois, il avait commencé à éprouver des difficultés d'uriner, accompagnées de pesanteur à l'hypogastre; bientôt il ressentit des douleurs au bout de la verge après l'émission de l'urine qui déposait d'abondantes mucosités.

Traité d'abord sans succès pour un simple catarrhe vésical, il fut ensuite sondé; ce fut alors qu'on s'assura que la vessie renfermait un calcul.

Peu de temps après le malade vint à Paris, où M. Civiale constata de nouveau le diagnostic déjà porté. Ce malade redoutait la taille par-dessus tout. Quoique d'une assez bonne constitution en apparence, cependant M. de Chacarme avait une santé délabrée par de longues souffrances qui avaient aussi singulièrement exalté sa sensibilité. Les organes urinaires étaient en mauvais état et d'une irritabilité excessive; les besoins d'uriner étaient très-rapprochés. L'intérieur de la vessie était inégal; ce viscère se contractait fortement, et ne pouvait contenir que peu de liquide. Des bains, des lavements, des boissons abondantes, un régime convenable calmèrent cet état d'éréthisme général, et après quinze jours de l'emploi de ces moyens et l'introduction de quelques bougies préparatoires, M. Civiale fit, le 10 avril 1836, une première opération de lithotritie. Le calcul fut saisi et en partie écrasé; il avait au moins 18 lignes de diamètre, il était dur et formé d'acide urique. Cette séance fut très-courte; le jour même et les suivants, le malade rendit des débris, et n'éprouva aucun accident.

Le 13 et le 22 avril, deux autres séances furent faites; la dernière fut signalée par un léger accès de fièvre, qui n'eut pas de suites.

Le 29 avril, une quatrième opération procura l'écrasement d'une grande quantité de fragments; le malade souffrit peu; il expulsa beaucoup de détritus. Les jours suivants, des graviers s'arrêtèrent dans l'urètre; il fallut les extraire. Cette opération, qui fut plusieurs fois répétée, irrita le conduit urinaire, et détermina plusieurs accès de fièvre à type intermittent quotidien. Cet accident fit suspendre le traitement; la fièvre ne céda qu'à l'emploi, pendant quelques jours, du sulfate de quinine.

Le 1er juin, le broiement fut repris; le malade n'éprouva aucune douleur pendant cette séance et la suivante qui eut lieu le 8 juin, et qui acheva la guérison. Celle-ci fut confirmée, le 18 juin, par une exploration négative.

Le malade quitta Paris peu de jours après; il était dans l'état le plus satisfaisant.

Le malade qui fait le sujet de l'observation précédente offrait des conditions que l'on rencontre assez fréquemment parmi les calculeux. Chez bon nombre d'entre eux les parois de la vessie sont épaissies, la capacité de ce viscère est diminuée. Les malades qui présentent cet état souffrent beaucoup plus que les autres. Les contractions de la vessie, sans cesse provoquées par la présence du corps étranger, finissent par déterminer l'hypertrophie des fibres musculaires de cet organe et une diminution notable dans sa capacité. Ses parois, constamment appliquées sur la pierre, pressent celle-ci contre l'orifice interne de l'urètre; elles ne se laissent que très-difficilement distendre par l'urine, que le malade est sollicité de rendre à chaque instant. Lorsqu'on essaie de pousser une injection, le liquide est aussitôt expulsé avec force; la vessie ne peut en recevoir qu'une très-petite quantité, et si l'on persiste à vouloir en introduire davantage, le malade éprouve alors des douleurs intolérables qui se prolongent jusque dans les reins en suivant le trajet des urètères.

Cet état de la vessie s'améliore, en général, après la destruction du calcul; néanmoins la plupart des malades qui le présentent, conservent, après l'opération, des besoins d'uriner plus fréquents que d'ordinaire. Cette circonstance a pu faire croire à quelques personnes que des calculeux opérés par la lithotritie n'étaient pas complètement débarrassés de leur pierre. D'autres ont pensé que cette irrégularité dans les fonctions de la vessie était produite par les manœuvres de la nouvelle méthode. C'est une erreur qu'il importe de signaler. La présence prolongée d'un calcul dans la vessie peut y déterminer des altérations de plus d'un genre. L'hypertrophie de ses parois avec diminution de sa capacité est au nombre de celles que M. Civiale a le premier signalées, et que la destruction complète du corps étranger ne fait pas toujours disparaître, ainsi que j'en ai vu plusieurs exemples. Si cette disposition se lie à une hypertrophie de la pustule, ce qui est assez commun, elle finit par entraîner des accidents fort graves. Il ne faut pas croire, au reste, que cette affection soit particulière aux calculeux; on la rencontre chez quelques autres individus, et on peut la considérer comme l'une des plus redoutables qui puissent atteindre les organes urinaires.

On n'a peut-être pas, en général, assez tenu compte des lésions organiques plus ou moins graves produites par la présence d'une pierre dans le réservoir de l'urine. Si, dans quelques cas, tels que ceux où le corps étranger n'y a pas fait un long séjour, ce viscère reprend le libre exercice de ses fonctions, il n'en est pas toujours ainsi, et quelle que soit la méthode employée pour dé-

barrasser le malade de son calcul, il conserve, le plus souvent, quelque trouble plus ou moins grave dans l'excrétion de l'urine. Pas plus que la taille, la lithotritie n'a la prétention de reconstituer à neuf la vessie lésée dans sa structure organique. C'est comme si l'on exigeait du chirurgien qui a pratiqué l'opération de la cataracte, que son malade vit plus clair que s'il n'avait jamais eu la vue altérée.

Dans les cas d'hypertrophie de la vessie, la lithotritie offre d'assez grandes difficultés. Celles-ci naissent surtout de ce que ce viscère ne pouvant être distendu par une suffisante quantité de liquide, ses parois viennent s'appliquer sur les branches de l'instrument, dont elles gênent et même empêchent tout-à-fait les mouvements de recherche et de préhension. L'opération est toujours fort douloureuse. Si l'on est assez exercé à la manœuvre pour pouvoir rencontrer et saisir la pierre aussitôt que l'instrument a été ouvert dans la vessie, il faut l'écraser et se contenter de cette première réussite; car le liquide qui s'échappe avec force avertit que de nouvelles recherches exposeraient à des dangers. C'est alors qu'on pourrait facilement pincer la vessie.

Le précepte tant recommandé par M. Civiale, de ne faire que de très-courtes séances, trouve ici sa rigoureuse application.

En prenant ces précautions, on détruit des calculs même très-gros; le traitement se prolonge, mais on évite des accidents qui naîtraient inévitablement d'une irritation trop long-temps exercée sur les parois d'un organe déjà doué d'une sensibilité exaltée.

Malgré les conditions peu favorables dans lesquelles se trouvait M. de Chacarme, soit sous le rapport de la pierre, qui était grosse et fort dure, soit relativement à l'état de la vessie et de la santé générale, le traitement a été couronné d'un plein succès. Il n'a été entravé que par la nécessité d'extraire plusieurs fragments arrêtés dans l'urètre. Cette circonstance mérite la plus sérieuse attention de la part du chirurgien. Elle est pour le malade une cause d'accidents qui peuvent avoir les plus fâcheuses conséquences, quand on ne se hâte pas de lever l'obstacle qui s'oppose au cours de l'urine. L'irritation produite dans l'urètre par la présence du corps étranger, peut s'étendre promptement jusqu'à la vessie, aux uretères, aux reins, et occasionner l'inflammation des organes et même la mort.

Plusieurs causes sont propres à déterminer le séjour des fragments lithiques dans l'urètre; ils s'arrêtent presque toujours à la réunion de la portion membraneuse avec la portion bulbeuse de ce conduit; cela doit être ainsi, car cette partie du canal est la plus étroite après l'orifice extérieur. Si les débris franchissent ce point de la courbure, et qu'ils s'arrêtent dans la portion spongieuse, c'est qu'alors il y existe un rétrécissement organique.

D'autres fois l'urètre, sans être le siége d'aucune coarctation, a cependant perdu son élasticité; ses parois sont inertes, sans souplesse, il y a paralysie de ce conduit. Si cet état d'inertie se lie à une disposition pareille de la vessie elle-même, ce qui s'observe chez quelques calculeux; si ce viscère expulse faiblement l'urine, il en résulte que les débris que celle-ci entraîne avec elle s'arrêtent dans le conduit excréteur sans même avoir un volume trop considérable.

Quel que soit le point du canal où s'arrêtent les fragments lithiques, le cours de l'urine est alors quelquefois tout-à-fait interrompu, ou bien elle s'échappe à côté des parties anguleuses de la pierre; souvent aussi elle filtre à travers les porosités des matières graveleuses, friables, qui, rassemblées en une sorte de pâte à l'aide des mucosités qui la lient, obstruent le conduit urinaire. Dans tous les cas, la présence du corps étranger produit une irritation qu'il faut de suite faire cesser, soit en repoussant les fragments dans la vessie, soit en les saisissant pour les écraser et les extraire. Le premier moyen est facile et prompt; il suffit d'introduire une sonde flexible de gros calibre jusqu'à la pierre, et de faire alors une injection; en poussant en même temps la sonde, il est rare que le corps étranger ne fuie pas devant elle; il tombe alors dans la vessie.

Si ce procédé ne réussit pas, il faut avoir recours à l'extraction, qui présente souvent des difficultés, et qui occasionne toujours beaucoup plus d'irritation et de douleur que la répulsion. Tout le monde connaît la pince à gaîne de Fabrice de Hilden, attribuée mal à propos à Hunter; les modifications que lui a fait subir M. Civiale rendent cet instrument d'un usage commode pour ce genre d'opération. La petite tige, armée d'une tête à dents, sert d'explorateur et facilite en même temps l'écrasement du calcul quand il a été saisi entre les branches de la pince.

Si les accidents qui réclament son emploi se renouvellent fréquemment, il est préférable d'avoir recours à un autre procédé dont M. Civiale fait usage avec avantage en pareil cas. Il consiste à laisser dans la vessie une grosse sonde élastique à large ouverture, à travers laquelle s'engagent les fragments, dont on facilite la sortie par des injections, ou que l'on retire avec l'instrument. Si les malades peuvent supporter cette sonde en permanence, ils se trouvent mieux, en général, de cette nécessité, que des inconvénients auxquels les expose le séjour répété des fragments dans l'urètre. LEDAIN.

N° 9. — 21 JANVIER.

HOPITAL DE LA PITIÉ.

M. LISFRANC.

Considérations sur les abcès.

(Leçon recueillie par M. A. Forget, interne.)

(Suite du numéro du 14 janvier 1837.)

Doit-on mettre en usage les irrigations d'eau froide pour combattre le phlegmon? Ce moyen a été surtout vanté dans les cas où la maladie est traumatique; mais il est des instructions importantes à saisir, dont l'oubli pourrait produire des résultats fâcheux.

Lorsque la phlegmasie est fort intense, et qu'elle a acquis ce degré d'intensité depuis quelques jours, l'emploi des irrigations d'eau froide expose à exaspérer le mal. Si la rougeur des téguments devient moins claire, un peu plus foncée, en d'autres termes, s'il y a des phlyctènes, les irrigations d'eau froide produisent quelquefois la gangrène. Nous n'avons pas besoin de rappeler qu'elles sont employées d'une manière permanente et pendant plusieurs jours, et qu'on peut faire concourir avec elles, pour obtenir la guérison, les évacuations sanguines générales.

Quelques praticiens appliquent la glace sur le phlegmon en même temps qu'ils le combattent par les évacuations sanguines locales; il faut plus spécialement encore ici prendre en grande considération les contre-indications que nous venons de poser; ce moyen, ainsi que les irrigations, devra être rejeté chez les personnes très-irritables dont la poitrine est délicate. Il est d'ailleurs continué d'une manière permanente jusqu'à la diminution très-marquée des symptômes inflammatoires.

J'ai vu souvent mettre en usage les purgatifs administrés par la bouche. J'ai déjà dit qu'ils étaient utiles lorsque l'embarras intestinal existait. Quand il n'a pas lieu, doit-on y recourir? Ils seraient essentiellement nuisibles dans les cas de gastro-entérite même très-légère; et ils auraient des inconvénients chez les individus dont le canal intestinal est doué d'une assez grande susceptibilité, et chez lesquels, de temps en temps, la digestion n'est pas bonne.

Mais admettons que le canal intestinal est parfaitement sain, les purgatifs peuvent, en y produisant une révulsion, surtout s'ils sont fréquemment répétés, déterminer une phlegmasie de la membrane muqueuse. C'est quand le phlegmon est arrivé à la période de terminaison que les purgatifs réussissent; on les emploie pour hâter la résolution. Pendant l'intensité de la phlegmasie, je préfère agir seulement sur la partie inférieure du canal intestinal par des quarts ou des demi-lavements purgatifs.

Les empiriques, dont la mauvaise pratique a été signalée par des fautes si grossières, ont conseillé de recourir à la compression contre le phlegmon, lors même que la phlegmasie, déjà très-intense, peut le devenir davantage encore.

Est-il permis de mettre en usage ce moyen quand on devrait savoir, car la pratique le démontre journellement, que, appliqué sur des sub-inflammations, sur des engorgements chroniques, avec tout le soin possible, il a l'inconvénient d'augmenter presque toujours les douleurs, ainsi que la phlegmasie, et même de faire naître ces accidents quand ils n'existeraient pas. Qu'en sera-t-il si le phlegmon est aigu? Il est certain qu'on pourra obtenir du succès; quelle est la méthode, en effet, par laquelle on n'en obtient pas, voire même le vomi-purgatif de Leroy. Mais le raisonnement prouve, et l'expérience a démontré que la compression pouvait déterminer la gangrène. Nous la rejetons dans le cas de phlegmon aigu, comme une des hérésies nombreuses qu'aura à déplorer la chirurgie du dix-neuvième siècle.

Il n'est permis de tenter la compression contre le phlegmon que quand la résolution en est même déjà avancée, et il faut prendre garde alors, ce qui arrive assez souvent, qu'elle n'agisse comme moyen excitant, et par conséquent au bénéfice de la phlegmasie.

Vous voyez, Messieurs, ajoute M. Lisfranc, que nous ne sommes point exclusif, et que nous apportons toujours une grande attention à saisir les indications, précepte fondamental en médecine, sans lequel l'homme de l'art n'est jamais qu'un guérisseur.

J'ai essayé de pratiquer des scarifications pour guérir l'érysipèle phlegmoneux; les inconvénients de ce moyen sont les suivants :

1° On produit beaucoup de douleur.

2° On donne lieu à des cicatrices qui, placées sur des parties habituellement à découvert, doivent être prises en grande considération.

3° L'écoulement sanguin que les scarifications produisent est habituellement peu abondant, alors surtout elles augmentent presque toujours la congestion sanguine. Je les rejette comme un mauvais moyen.

La cautérisation de l'érysipèle ordinaire avec le nitrate d'argent fondu est, continue M. Lisfranc, un médicament infidèle, sur lequel je n'arrêterai pas plus long-temps votre attention; mais la méthode ectrotique de M. Serres, de l'Institut, contre le zona, a jusqu'aujourd'hui été suivie de succès, même dans les cas où il existait une gastro-entérite. Depuis que ce savant praticien a émis ses idées sur ce point important de thérapeutique, je les ai souvent appliquées, et je ne les ai pas encore vues échouer.

Je ne laisserai pas échapper l'occasion de vous entretenir d'un fait pratique important qui a été trop négligé : un érysipèle existe, la rougeur de la peau disparaît après avoir parcouru plus ou moins régulièrement ses périodes, le malade ne souffre plus, il n'y a pas d'engorgement apparent sur le membre, il n'y a pas d'induration isolée, la métastase n'a pas lieu; pratiquez tous les jours avec soin le toucher sur le siége qu'affectait l'érysipèle, pour vous assurer s'il n'existe pas de la fluctuation dans quelque point circonscrit et peu étendu du tissu cellulaire sous-cutané; car il peut subsister dans ces points une phlegmasie latente qui donne lieu à la sécrétion purulente. Comme le pus est placé très-près de la peau, qu'il est en petite quantité, qu'il ne donne lieu à aucune saillie, et qu'il peut dédoubler les téguments de leur tissu cellulaire avant d'avoir produit des symptômes appréciables de phlegmasie, l'on conçoit aisément que si on néglige la précaution sur laquelle nous insistons, la peau, sans qu'on s'en soit douté, pourra être frappée de mort, ou plus ou moins profondément altérée sur tous ces petits abcès que nous avons vus souvent très-nombreux; de là une guérison plus difficile et plus longue à obtenir; de là des cicatrices plus ou moins vicieuses, accidents qu'on aurait sûrement évités si l'abcès avait été reconnu au moment, pour ainsi dire, de sa formation, et si on avait donné immédiatement issue à la matière purulente.

HOPITAL DES VÉNÉRIENS.

M. Ricord.

Observation de paraplégie

Recueillie par M. A. Doussaint, de Gand.

Au n° 16 de la 8e salle est couché le nommé Gronas, boulanger, âgé de trente ans, d'une constitution robuste, habituellement bien portant; il habite Paris depuis 1830. En 1833 il a éprouvé, dit-il, un point de côté avec fièvre traité à l'hôpital Beaujon par les émissions sanguines; il en est sorti guéri au bout de deux mois.

Au mois de mai 1836, il a contracté une blénorrhagie, des chancres au prépuce et un bubon, guéris dans le service de M. Ricord. Aujourd'hui il accuse trois mois de maladie. Au début, sans cause connue, il a éprouvé des bourdonnements dans l'oreille droite, de la surdité, des douleurs dans la région frontale, des éblouissements, affaiblissement dans la vision et de la

faiblesse dans les jambes; aucun symptôme à la nuque ni dans la colonne vertébrale; rien aux membres supérieurs; l'appétit est conservé; selles et urines naturelles; pas de fièvre.

Le malade entre à l'Hôtel-Dieu; on prescrit le traitement suivant : vésicatoire à la nuque, bains de pieds, eau de Sedlitz. La surdité, les bourdonnements diminuent; la vue s'améliore; l'état des jambes reste le même : il survient de la diarrhée.

Au bout de trois semaines, le malade demande sa sortie, sans être complètement guéri; il se rend chez lui, y reste quinze jours sans travailler.

La maladie ne cessant pas, il entre à l'Hôpital des Vénériens le 15 novembre, et M. Ricord observe les symptômes suivants : faiblesse dans les jambes; la marche est difficile, la sensibilité intacte; rien dans les membres supérieurs; douleur dans la région frontale; bourdonnements de l'oreille droite; faiblesse de la vue; point de vertiges; un peu de diarrhée (deux selles par jour); urines naturelles.

Traitement. Bains de pieds; 12 sangsues derrière chaque oreille; saignée de 8 onces.

Quinze jours se passent sans amélioration; on applique un séton à la nuque. Huit jours après cette application, après des fourmillements dans les jambes, il est pris de paralysie depuis la région lombaire jusqu'aux pieds; pas de contracture; la sensibilité est abolie; incontinence d'urine; pas de douleurs vertébrales; jamais de mouvement fébrile. Les membres supérieurs ont conservé leur motilité, ainsi que les muscles de la respiration et de l'abdomen. On applique 40 sangsues aux lombes; pas d'amélioration. Le lendemain, M. Ricord fait appliquer des ventouses scarifiées le long de la gouttière vertébrale et sur les membres inférieurs, fait faire des frictions avec de l'huile de croton tiglium jusqu'à production d'eczéma; puis il donne un purgatif, et fait mettre un long vésicatoire sur presque toute la longueur du rachis. La strychnine est ensuite administrée progressivement depuis un huitième de grain par jour jusqu'à 1 grain.

Sous l'influence de cette médication, la sensibilité et la motilité sont revenues; la diarrhée et l'incontinence d'urine ont cessé; la douleur frontale a diminué; la vue est normale; les bourdonnements persistent un peu.

M. Ricord se demande ce qu'il y a eu chez ce malade quelle est l'espèce de lésion? La question est difficile à résoudre. Est-ce le cerveau? est-ce la moelle épinière? Il a eu certainement des douleurs de tête vers la base du cerveau, et cet organe a dû être la partie malade; car on sait que sa lésion peut produire la paralysie des membres inférieurs sans que la partie supérieure du tronc s'en ressente, et des membres thoraciques, sans que la moelle épinière soit affectée. Ainsi la lésion des corps striés, par exemple, entraîne plus particulièrement la paralysie des membres inférieurs, comme celle des couches optiques peut déterminer celle des membres supérieurs. C'est, du moins, ce qu'on trouve quelquefois. Mais quelle est la nature de la lésion? Ce n'est point une lésion inflammatoire, à en juger d'après tout ce que nous connaissons des inflammations du cerveau et de la moelle épinière, et des accidents qui en sont la suite. Il n'y a rien eu qui ait caractérisé une période d'irritabilité ni d'inflammation; point de douleurs vives, point de contracture, pas de mouvement fébrile, d'altération des fonctions intellectuelles. L'opinion la plus probable, d'après M. Ricord, est celle-ci : il y a eu seulement des phénomènes de congestion remarquables par leur durée, mais probables d'après la marche et la terminaison de la maladie, qu'il aurait été impossible, d'un autre côté, à cause des antécédents seuls, de rapporter à la syphilis. Mais est-ce à la strychnine que l'on doit la guérison? Le malade en a pris très-peu et n'a éprouvé aucun symptôme qui caractérise l'action de ce médicament. A cette occasion, M. Ricord rappelle l'histoire de deux malades couchés dans une salle de l'Hôtel-Dieu, et affectés de paralysie; à tous deux on avait prescrit la strychnine. Le premier allait de mal en pis, l'autre allait très-bien, et l'on faisait remarquer tous les matins la différence. Le malade qui allait de mal en pis demanda à l'autre comment il faisait pour aller si bien. C'est, répondit-il, parce que je ne prends point le médicament. M. Ricord ne veut pas dire du tout par là que la strychnine est un mauvais remède; seulement il ne croit pas que la petite quantité donnée à son paraplégique ait produit le bon effet que l'on a observé; il croit plutôt qu'on doit l'attribuer aux saignées, au séton, au vésicatoire, aux ventouses, à l'huile de croton-tiglium, qui ont appelé sur un autre point une révulsion favorable.

N° 10. — 24 JANVIER.

HOPITAL DES VÉNÉRIENS.

M. Ricord.

(Quatrième leçon).

Les variétés des chancres sont importantes à connaître, car c'est faute d'avoir été appréciées à leur juste valeur qu'il s'est élevé tant de contestations sur leurs causes. Souvent elles appartiennent aux tissus et aux fonctions qu'ils sont appelés à remplir. Ainsi un chancre placé sur le frein, sur le prépuce, à la fourchette, sera, par le coït, continuellement tiraillé ou sali par la matière des sécrétions de ces parties; alors il subira des influences qui n'auraient pas eu lieu s'il n'avait été soumis à ces causes. De même les constitutions impriment au chancre des modifications particulières.

Chez un individu sain, d'une bonne constitution, il donnera toujours une ulcération type si rien d'étrange ne le fait dévier de sa marche régulière. Mais chez un individu lymphatique, scrofuleux, à système nerveux très-irritable, placez une ulcération simple, elle n'aura pas une marche régulière; à plus forte raison si vous y placez un chancre.

Quelques états pathologiques occasionnent aussi des déviations au chancre, tels sont le scorbut, certaines affections cutanées antérieures, un mauvais état des voies digestives, etc... L'hygiène offre des causes fréquentes de déviation. Ainsi la fatigue des organes par le coït augmentant les ulcérations, peut amener des complications graves; le défaut d'alimentation, l'ivrognerie, une vérole antérieure, occasionneront des accidents proportionnés. En effet, placez chez un individu affecté de syphilis constitutionnelle un chancre, il n'aura pas toujours la marche régulière qu'il aurait chez un individu parfaitement sain.

Le chancre peut affecter la forme phagédénique, chancre rongeur, dévorant, tendant continuellement à s'étendre, surtout en surface; mais cette tendance n'est

pas la même dans tous les cas, et présente des variétés importantes à connaître pour la thérapeutique.

Le chancre phagédénique est celui qui sort des causes que nous avons décrites précédemment. Quand le chancre prend une trop grande étendue en surface, ce n'est plus le chancre régulier, le chancre type. On peut distinguer trois variétés dans ce chancre phagédénique :

1° Le chancre phagédénique diphtérique pultacé.

2° Le chancre phagédénique induré.

3° Le chancre phagédénique gangréneux.

Quelle que soit la variété, on peut toujours affirmer qu'au début, l'ulcération a été semblable au chancre régulier, et que ce n'est qu'après coup qu'elle est devenue phagédénique, non par la cause elle-même, mais par des conditions accidentelles, en sorte que ce chancre phagédénique ne produit pas par l'inoculation le chancre phagédénique, mais bien le chancre type, qui, chez un individu dans de mauvaises conditions, pourra lui-même devenir phagédénique.

Chancre phagédénique induré. Nous avons dit qu'il y avait des chancres qui s'agrandissaient par excès d'induration. Cette induration semble être une espèce de barrière que la nature oppose aux progrès du mal local; mais plus cette induration est sensible, plus l'économie est menacée de s'affecter d'une manière générale. Si cette induration dépasse certaines limites, il se fait un mouvement brusque, en quelque sorte apoplectique; la lymphe plastique abonde brusquement dans les tissus et les tue en les privant de circulation. Aussi, dans ces indurations avec excès, voit-on arriver la gangrène interstitielle. Chose remarquable, c'est que dans cette espèce de chancre, il y a peu de mouvement inflammatoire; il n'y a pas non plus d'irritabilité nerveuse, à moins de causes accidentelles.

Chancre phagédénique pultacé. Ce chancre offre absolument la même marche que la pourriture d'hôpital. L'ulcération se couvre d'une espèce de bouillie sur son fond et ses bords, que l'on ne peut enlever en abstergeant. Ces chancres marchent très-rapidement, et ont pour caractère particulier de n'être pas indurés. Dans ce cas, on peut dire que le phagédénisme est en raison du défaut d'induration; car dès qu'elle arrive le chancre est limité. Ici l'ulcération se fait par imbibition; aussi voit-on ces chancres prendre toutes les figures serpigineuse, canaliculée, pustuleuse, etc., parce que le pus s'infiltre là où le tissu cellulaire est moins dense.

Chancre phagédénique gangréneux. Dans cette espèce, les caractères inflammatoires l'emportent; c'est une inflammation sur-aiguë qui a donné lieu à la gangrène. Dans ce cas ce n'est plus du chancre dont il faut s'occuper, mais de la gangrène.

Après avoir indiqué ces trois espèces de chancres, il nous reste à signaler une variété assez fréquente; c'est le chancre superficiel. Il est de la nature du pus virulent de détruire la peau ou ses muqueuses dans toute leur épaisseur, dans le point où il a été dépassé; mais il est des cas où il n'y a que la superficie qui soit détruite, c'est ce qui constitue cette variété. Il est encore à propos de faire remarquer que quelquefois le pus du chancre peut n'agir que comme matière irritante, et dans ce cas on n'a que des érosions superficielles simples et sans spécificité, comme dans certains cas de balanite et de blénorrhagie.

Toutes ces variétés du chancre peuvent se combiner une à une, deux à deux sur un même organe et un même ulcère.

Ainsi donc en résumé nous distinguerons :

1° Chancre simple, type.

2° Chancre phagédénique, qui a trois variétés: I. chancre phagédénique diphtérique pultacé; II. chancre phagédénique induré; III. chancre phagédénique gangréneux.

3° Chancre superficiel.

Nous avons donné les variations du chancre; mais il est encore une variété qui a été une des plus grandes causes de contestation, et que j'ai nommée chancre larvé, chancre à symptômes blennorrhagiques. Depuis que l'on connaît la vérole, jusqu'à nos jours on s'est disputé pour savoir si la blennorrhagie est ou non susceptible d'être suivi de symptômes secondaires. Hernandès, qui a résumé tous les travaux à ce sujet dans son mémoire, décida que la blennorrhagie différait du chancre; il cite plusieurs expériences qui ne sont pas convaincantes pour nous, surtout après celles que vous avez vues faire ici. Je crois que personne avant moi n'avait décidé la question d'une manière aussi incontestable. On a dit : une femme qui n'a qu'une blennorrhagie, peut communiquer un chancre à un individu, une blennorrhagie à un autre; voilà donc une même cause et des résultats différents : cela ne tient qu'à la différence du siége de la maladie. Mais nous avons vu que le pus du chancre pouvait avoir deux modes d'action, un qui est spécifique, et l'autre qui n'est qu'irritant.

Voyons si nous pouvons expliquer les faits contradictoires qui se trouvent dans les auteurs.

Pour arriver à la vérité, il fallait prouver que tout le monde avait raison; alors nous avons dit : vous nous citez une femme qui a communiqué une chancre à l'un et une blennorrhagie à l'autre. Comment avez-vous diagnostiqué la blennorrhagie? c'est seulement par l'inspection des parties externes; vous n'y avez pas vu d'ulcération, et vous avez conclu de là que la blennorrhagie avait donné lieu à un chancre dans un cas, et dans un autre à une blennorrhagie, parce que chez l'un et chez l'autre individu il y avait une idiosyncrasie particulière. Eh bien, nous, nous sommes remontés à la source; au lieu de regarder seulement l'entrée du vagin, nous y avons pénétré avec le spéculum; par ce moyen, nous avons trouvé des chancres sur les parois du vagin, sur le col de l'utérus, chancres dont le pus arrivant à la vulve a donné un chancre, quoique cependant on n'eût d'abord aperçu qu'une blennorrhagie. C'est une chose unique que, depuis que l'on connaît le spéculum, on ne s'en fût pas servi pour l'examen des femmes qui, n'ayant en apparence qu'une blennorrhagie, donnaient cependant des chancres.

Chez toutes les femmes qui ont été ici examinées et qui n'avaient que des blennorrhagies sans ulcération chancreuse, le pus de ces blennorrhagies, inoculé, n'a jamais produit de chancre; tandis que toutes les fois qu'il y avait ulcération chancreuse, soit dans le vagin, soit au col de l'utérus, le pus de ces parties, inoculé, a toujours fourni le chancre pour résultat. Si donc dans un cas nous avons un chancre, dans un autre seulement une blennorrhagie après le coït, il faut conclure que dans un cas il y avait des chancres chez la femme, et que dans l'autre il n'y avait que blennorrhagie.

Mais surtout il est important de noter, dans ce cas, où les deux affections coexistent, que souvent leur

transmission dépend de conditions individuelles ; et enfin que le pus du chancre peut, en agissant sur les muqueuses, seulement comme matière irritante, ne communiquer qu'une blennorrhagie. Chez l'homme on ne peut pas, comme pour le vagin chez la femme, se servir de spéculum pour examiner l'urètre; dans ce cas, il faut pratiquer l'inoculation. Si on obtient un chancre, c'est qu'alors la blennorrhagie est le symptôme du chancre qui existe dans l'urètre. C'est ce que les anciens appelaient blennorrhagie virulente; c'est ce que nous appelons chancre larvé. Le chancre larvé est très-rare dans l'urètre de l'homme, parce que le tissu de ce canal étant d'une nature à sécréter beaucoup, la membrane muqueuse qui le tapisse est continuellement lavée par la matière de la sécrétion, et le pus n'est pas dans de bonnes conditions de siége pour produire le chancre, ainsi que nous l'avons déjà dit en parlant des conditions favorables à l'inoculation. Aussi voit-on rarement la blennorrhagie être suivie de symptômes secondaires.

Mais nous dira-t-on que dans l'urètre de l'homme il n'y a pas d'ulcérations? Hunter cite des autopsies de pendus affectés de blennorrhagies, dans lesquelles il n'a pas vu d'ulcérations; M. Cullerier en cite une; Boyer père encore une. Morgagni, que l'on cite pour prouver l'absence d'ulcérations de l'urètre dans la blennorrhagie, a fait, dit-on, un grand nombre d'autopsies. Mais ces mêmes individus citent Morgagni pour prouver l'existence de cicatrices urétrales dans les rétrécissements. Tout cela se réduit à ce que Morgagni, dans le grand nombre d'autopsies qu'il a faites, n'a pas été assez heureux pour rencontrer des ulcérations, qui d'ailleurs sont très-rares, et qui quelquefois n'appartiennent pas au chancre ; souvent sont pareilles à celles de la balanite, et quelquefois n'offrent plus de traces après la mort.

Dans un ouvrage tout récemment publié, on a dit que l'inoculation ne prouvait pas l'existence du chancre dans l'urètre, car on a pris du pus sur des ulcérations granulées du col dans des cas de blennorrhagie, et on n'a rien obtenu. Je ne dis pas le contraire, et c'est ce que je prouve tous les jours, car les ulcérations granulées en réparation ne sauraient s'inoculer ; mais que l'on me dise, nous avons pris du pus sur une muqueuse affectée d'une sécrétion catarrhale, nous l'avons inoculé et nous avons obtenu une pustule. Si l'on peut me faire voir ce fait, je me rends, et tout ce que j'ai avancé n'est qu'erreur.

Nous concluons de tout ce qui précède, qu'il n'y a pas de blennorrhagie virulente sans chancre dans l'urètre pour l'homme, et dans le vagin ou sur le col de l'utérus pour la femme; qu'il faut donner à ces blennorrhagies le nom de chancre larvé.

Prosper Binet.

Errata. — Deuxième leçon : *au lieu de* maladie et principe virulent, *lisez* maladie à principe virulent.

Troisième leçon : *au lieu de* le chancre à la période de réparation n'est pas incurable, *lisez* n'est pas inoculable.

—

N° 11. — 26 janvier.

HOPITAL DE LA CHARITÉ.

M. Bouillaud.

Résumé des cas de rhumatisme articulaire aigu qui se sont présentés depuis le 1er *septebmre* 1835, *jusqu'au* 1er *avril* 1836.

(Par M. le docteur Jules Pelletan, ex-chef de clinique, médecin du bureau central des hôpitaux)

A une époque où la question du rhumatisme articulaire aigu semble être plus que jamais à l'ordre du jour il paraîtra sans doute utile de fournir des données capables de résoudre quelques-unes des difficultés que présente leur histoire. J'ai cru ne pouvoir mieux faire dans ce but, que de publier le résumé des cas de rhumatisme articulaire aigu qui se sont présentés à mon examen depuis le 1er septembre 1835, jusqu'au 1er avril 1836, époque où mes fonctions ont cessé, terminant ainsi, pour cette maladie, la série des comptes-rendus que j'ai publiés pendant tout le temps que j'ai été attaché au service du professeur de la Charité.

J'aurais désiré publier en entier toutes les observations afin de parer d'avance au reproche de travail incomplet qu'on a déjà articulé et qu'on pourrait reproduire encore ; mais les limites d'un journal me forcent de renoncer à ce projet, et je me contenterai de donner une analyse succincte de chacune.

— *Obs.* 1er Tuzet, âgé de vingt-deux ans, charbonnier, a déjà eu, depuis l'âge de treize ans, quatre attaques. A la suite d'un refroidissement il est repris depuis cinq jours ; il entre à la clinique le 10 novembre 1835 au soir.

Le 11, l'épaule, le coude et le poignet droits sont actuellement entrepris; les deux genoux sont aussi envahis, mais l'inflammation commence à y décroître; pouls à 96, développé ; peau en sueur, sudamina ; souffle pendant le premier bruit, et se prolongeant dans l'intervalle des deux. Une saignée de quatre palettes ; trente sangsues à l'épaule; bandage et cérat mercuriel au poignet.

12. Douleurs moindres, mouvements plus faciles, bruit du cœur plus léger; 96 pulsations. Un saignée de quatre palettes et demie.

13. Bruits du cœur presque dégagés; douleurs nulle part; 88 pulsations. Une vésicatoire à la région précordiale.

15. 68 à 72 pulsations; convalescence; le huitième.

— *Obs.* 2. Villemsens, âgé de trente-trois ans, libraire-étalagiste, a eu il y a trois ans une première attaque qui a duré trois mois. A la suite d'un refroidissement, il est repris depuis cinq jours.

Entré le 25 novembre 1835, la main droite et les doigts sont seuls pris. Il y a un bruit de râpe pendant le premier temps (suite d'endocardite); 88 pulsations.

Traitement émollient jusqu'au 3 décembre, sans changement dans les symptômes; alors on découvre une pleuro-pneumonie à droite, annoncée par du râle crépitant, du souffle et de l'égophonie, pouls à 100-104. Une saignée de trois palettes et demie; ventouses, trois palettes.

4. Amélioration de la pneumonie; gonflement per-

sistant du poignet; pouls à 84. Une saignée de trois palettes et demie.

5. Respiration facile, main dégagée.

6. Pouls à 76 pulsations. Convalescence. Deux bouillons. L'inflammation articulaire ne reparaît plus.

— *Obs.* 3. Germé, âgé de quarante-un ans, boulanger, d'un tempérament lymphatique, a déjà eu deux attaques de rhumatisme; malade depuis cinq jours sans cause connue; entré le 29 décembre 1835.

Le 30, toutes les articulations du bras sont douloureuses; le poignet est très-gonflé; les deux genoux sont tuméfiés avec fluctuation sous la rotule; fièvre forte; pouls à 92, dur et vibrant; bruit de souffle au premier temps. Deux saignées, l'une de quatre, l'autre de trois palettes; cataplasme.

31. Amendement survenu aux genoux et à la main droite; 90 pulsations; même bruit du cœur. Une saignée de trois palettes.

1er janvier. Genou très-peu douloureux; l'épaule, le coude et le poignet droits le sont encore; la main est dégagée, le coude et la main gauche sont pris; bruit de frottement outre le bruit de soufflet déjà perçu; pouls à 80. Une saignée de trois palettes.

2. Même état à peu près; on le fait changer de lit parce qu'il est exposé au courant d'air. Une saignée de trois palettes.

3. Les douleurs ont cessé partout, si ce n'est aux poignets, qui sont encore enflés et douloureux. Rien de nouveau vers le cœur ni les carotides. Cérat mercuriel, bandage compressif.

10. Les articulations sont toutes dégagées; pouls à72; un léger bruit de souffle persiste. Convalescence. Deux bouillons, deux potages.

— *Obs.* 4. Bidot, cinquante-six ans, charretier, a eu deux attaques de rhumatisme; la dernière il y a neuf ans. Traité à la Pitié, il a été saigné deux fois; il est resté trois mois et demi. Malade depuis dix jours; entré à l'hôpital le 7 janvier 1836.

8. Le genou droit est chaud, tendu, avec épanchement autour de la rotule; pouls à 84, beau bruit de souffle pendant le premier temps; voussure, essoufflement, palpitations remontant à l'époque des premiers rhumatismes. Une saignée de trois palettes et demie, ventouses, trois palettes et demie; bandage et compression.

9. Pouls à 72; genou moins gonflé; quelques mouvements sont possibles. Cérat mercuriel et compression.

10 et 11. Pouls à 68, le gonflement a tout-à-fait disparu. Le huitième. (Le bruit du cœur est le même.)

— *Obs.* 5. Constant, âgé de vingt ans, peintre sur métaux, d'un tempérament lymphatico-nerveux, a déjà eu deux attaques de rhumatisme. Malade depuis huit jours à la suite d'un refroidissement, il entre le 15 février 1836.

16. Genoux douloureux et demi-fléchis; coude-pieds rouges et gonflés, ainsi que le poignet droit; matité de trois pouces et demi en carré; bruit de scie plus marqué au deuxième temps; tintement métallique; pas de voussure, pouls à 100, plein et dur. Deux saignées de trois palettes et demie; ventouses sur la région du cœur, trois palettes.

17. Pouls à 92, régulier; douleur moindre dans toutes les articulations; le bruit de scie est changé en un frottement superficiel, et coïncide avec le premier temps. Une saignée de trois palettes et demie; vésicatoire sur la région du cœur.

18. Genoux et coude-pieds encore un peu douloureux, poignet gauche dégonflé; pouls à 88, Digitale; frictions mercurielles au poignet et compression.

19. Pouls à 88; les articulations ne sont plus douloureuses; bruit de souffle moins fort.

20. Il se refroidit; quelques douleurs surviennent au genou droit, puis aux deux coudes. Digitale et frictions mercurielles.

25. Le pouls est à 60; les articulations sont de nouveau débarrassées; très-léger frôlement pendant le premier bruit, qui disparaît bientôt ainsi que la matité anormale.

— *Obs.* 6. Sidler (Joseph), âgé de 33 ans, boutonnier, malade depuis quinze jours. Entré le 22 octobre 1835.

23. Les deux genoux sont entrepris; pouls à 88; peau peu chaude; un peu d'enrouement dans le premier bruit. 24 grains d'ipécacuanha; petit-lait.

24, 25 et 26. Le pouls monte à 92-96. La peau s'échauffe; les genoux restent douloureux; le poignet droit et le coude gauche sont envahis. On continue le petit-lait.

27. Douleur dans l'épaule; 92 pulsations; peau chaude; oppression, douleur à la région précordiale; enrouement et frôlement d'étoffe de soie pendant le premier bruit. Même traitement.

28, 29, 30. Les articulations sont à peu près dans le même état; le poignet gauche est pris; léger souffle au premier bruit; vésicatoire à la région précordiale. Du reste, même traitement.

Ce n'est que le 5 novembre que les articulations n'offrent plus de douleurs, mais le bruit du cœur est toujours accompagné de souffle.

Le 6, il est pris d'une pleurésie double à la suite d'un refroidissement.

Le 12, il en est guéri à l'aide d'un traitement très-énergique. Le pouls est à 68; le premier bruit du cœur est toujours mêlé d'un peu de souffle qui persiste à sa sortie.

Ce cas fait exception aux autres. J'ai dû le donner pour être complet; mais je ne le compterai pas dans mon tableau de rhumatismes traités par les émissions sanguines. En effet, datant de quinze jours, étant borné et accompagné de peu de réaction fébrile, il s'est accru et prolongé en définitive, pendant quinze jours; tandis que, traité énergiquement, il eût sans doute plus rapidement cédé. Ces cas forment la contre-épreuve, et sont ainsi utiles pour la solution de la question.

— *Obs.* 7. Loiselet, âgé de vingt ans, tourneur en cuivre, d'un tempérament lymphatico-nerveux, a eu trois attaques de rhumatisme articulaire. Ses parents n'y sont pas sujets. A la suite d'un bain, il a été pris, il y a quatre jours. Il entre le 18 novembre 1835.

19. Les deux genoux, surtout le droit, le gros orteil droit et la main droite, sont rouges, gonflés, douloureux; souffle râpeux pendant le premier bruit; pouls à 112. Deux saignées de trois palettes; ventouses au genou, trois palettes.

20. Grand soulagement de toutes les articulations entreprises; même souffle; 108 pulsations. Une saignée de 3 palettes; ventouses au poignet, trois palettes.

21. Les genoux et le poignet sont dégagés; plus de rougeur au gros orteil; même bruit du cœur; 96 pulsations. Cérat mercuriel et bandage.

22. Même état ; bruit de diable dans les carotides. Une saignée de trois palettes.

23. Nulle douleur; plus de traces de rhumatisme; même bruit du cœur. Convalescence. Vésicatoire à la région du cœur ; deux bouillons.

24. Les douleurs ne sont pas revenues ; le bruit de souffle ne disparaît que huit jours après.

—*Obs.* 8. Etsaeizer, âgé de quarante-quatre ans, conducteur de diligence, d'une constitution pléthorique, a eu, il y a deux ans, un rhumatisme aigu du genou. Il entre le 3 novembre 1835. Il est malade depuis huit jours, à la suite d'un refroidissement. Les épaules et le coude-pied gauche sont envahis. 96 pulsations peu développées, rien au cœur. Une saignée de quatre palettes ; ventouses de quatre palettes.

5. Grand soulagement ; pouls à 92. Une saignée de trois palettes ; frictions mercurielles ; compression.

6. Il ne reste plus que des douleurs sourdes et un peu de gonflement du pied ; il le remue du reste facilement. Cérat mercuriel ; compression. Cet état se prolonge jusqu'au 23. Il est pris alors d'une ophthalmie, et il ne sort que huit jours après.

Dans cette observation on voit la maladie durer plus long-temps après la grande amélioration produite par les trois émissions sanguines pratiquées en vingt-quatre heures, parce qu'il restait des douleurs tellement faibles qu'on n'a pas voulu continuer l'emploi d'un traitement énergique pour en triompher. On a préféré attendre quelques jours de plus.

—*Obs.* 9. Putois, âgée de cinquante-trois ans, blanchisseuse, traitée il y a quatre mois dans nos salles. Reprise depuis cinq jours à la suite d'un refroidissement, entre le 15 décembre 1835.

16. Les deux genoux sont pris ; rien au cœur ; pouls à 96, résistant. Une saignée de trois palettes et demie; ventouses aux genoux, trois palettes et demie.

17. Grande amélioration; douleur légère entre les deux épaules ; 84 pulsations. Une saignée de trois palettes ; cérat mercuriel et compression des genoux.

18. 80 pulsations ; plus de gonflement des genoux ; simple raideur; plus de douleur des épaules. Une saignée de trois palettes.

20. Plus de fièvre; 72 pulsations; douleur nulle part. Convalescence. Deux bouillons.

— *Obs.* 10. Une femme âgée de 35 ans, culottière, d'une constitution robuste, déjà prise de rhumatisme en 1822. Ses parents n'y étaient pas sujets ; sans cause appréciable pour elle, elle en est prise depuis cinq jours. Entrée le 1er septembre 1835. A son entrée, état fébrile considérable ; 108 pulsations. Les deux coude-pieds sont rouges et tuméfiés. Le premier bruit du cœur est un peu enroué ; ils sont tous deux sourds et profonds. (Je ne prescris rien.)

2. Les deux poignets se sont pris en outre ; douleur dans le cou ; bruit de souffle léger pendant le premier temps, plus marqué à droite. 108 pulsations. Une saignée de cinq palettes et demie, une autre de trois pal. et demie ; 20 sangsues aux coude-pieds.

3. Soulagement. Cependant l'épaule droite est devenue un peu douloureuse ; pouls à 108; même bruit de souffle. Les règles sont venues. Une saignée de 4 palettes ; ventouses 3 palettes ; aux coude-pieds bandage compressif.

4. Les pieds et l'épaule sont dégagés, le cou est douloureux ; pouls 108. Le bruit de souffle a diminué. Une saignée de 4 palettes ; 20 sangsues au poignet gauche ; une saignée de 3 palettes le soir.

5. Grande amélioration; pouls à 100. Traitement émollient.

5. 92 pulsations, souple ; toutes les articulations sont dégagées ; bruit de souffle presque nul. Vingt-cinq sangsues à la région précordiale.

La malade se découvre, et il revient quelques douleurs vagues dans les pieds et les poignets, avec une légère fièvre, 88 à 92 pulsations. Le traitement se compose de cérat mercuriel, compression et un bain.

Enfin le 13, tout est terminé ; 76 pulsations. La malade est mise au huitième.

— *Obs.* 11. Laigneau, cuisinière, âgée de 24 ans, a eu, il y a deux ans, une attaque qui a duré quatre mois. Personne dans sa famille n'est sujette aux rhumatismes. Elle est malade depuis quatre jours, à la suite d'un refroidissement.

Entrée le 3 novembre 1835. Sa constitution est lymphatique ; les genoux et les pieds sont gonflés ; 96 pulsations ; bruits du cœur sourds. Une saignée de trois palettes ; 24 sangsues aux genoux ; compression.

4. Mieux, mais elle souffre encore ; 92 pulsations. Une saignée de trois palettes.

5. Presque plus de douleur au toucher, ni dans les mouvements. Cérat mercuriel ; bandage.

6. 76 pulsations ; les articulations sont dégagées. Deux bouillons.

10. Après s'être exposée au froid, elle est reprise de fièvre, de douleurs dans les genoux. Cette fois, les bruits du cœur sont accompagnés de frôlement ; la face est altérée ; il y a un bruit de diable dans les carotides. Le pouls est à 100. Un vésicatoire à la région du cœur.

Cet état persiste pendant quelques jours. Le premier bruit du cœur offre un son analogue à celui produit par ces deux lettres prolongé *crrrr*... Un second vésicatoire sur la région du cœur est appliqué, et le 29 il n'y a plus de fièvre, les douleurs légères ont cessé, les bruits du cœur sont revenus à l'état normal.

Ainsi, il y a eu là deux affections pour ainsi dire distinctes : la première, où il n'a pas existé d'endocardite et qui a été traitée par des moyens assez énergiques par rapport à la constitution de la malade, et guérie en quatre jours ; et la seconde affection où les douleurs ont été moindres, mais le mouvement fébrile plus intense, avec complication évidente d'endo-péricardite ; à cause de la faiblesse de sa constitution on s'est abstenu cette fois d'employer les saignées, et deux larges vésicatoires à la région précordiale ont suffi pour obtenir la guérison.

—*Obs.* 12. Hubert (Augustine), âgée de 22 ans, couturière, d'une constitution lymphatique, a été prise, sans cause appréciable pour elle, il y a huit jours.

Entrée le 26 février 1836.

27. Le pied et la hanche gauches, le poignet et toute la main droite sont enflés. Fièvre, 92 pulsations, matité du cœur considérable, bruits forts et parcheminés. Une saignée de trois palettes et demie, ventouses trois palettes et demie aux articulations.

28. La main et le pied dégagés ; peau en sueur ; 64-68 pulsations. Traitement émollient ; cataplasmes.

29. La hanche est tout-à-fait libre ; les battements du cœur sont calmés, les bruits toujours secs ; 52 pulsations. Convalescence. Deux bouillons.

—*Obs.* 13. Beauval, âgée de 24 ans, cuisinière d'une

forte constitution, tempérament sanguin, malade depuis trois jours à la suite d'un refroidissement.

Entrée le 26 mars 1836.

27. Les épaules et les genoux sont pris ; pouls à 92, plein et dur ; rien encore au cœur. Une saignée de quatre palettes ; 30 sangsues aux articulations.

28. Soulagement des articulations prises, les coudes se prennent, bruits du cœur enroués, souffle pendant le premier bruit, matité plus grande; 88 pulsations. Une saignée de quatre palettes; vingt-quatre sangsues aux coudes.

29. Bien. Les coudes sont dégagés, la main droite et les doigts sont seuls douloureux. Pouls à 84; le premier bruit du cœur se dégage. Une saignée de quatre palettes le soir.

30 et 31. Amélioration considérable.

1er avril. 72 pulsations; douleur nulle part; les bruits du cœur sont presque tout-à-fait revenus. Convalescence. Deux bouillons.

A la sortie, les bruits du cœur sont dégagés ; il y a un léger bruit de diable dans la carotide droite.

— *Obs.* 14. Clément (Françoise), âgée de 32 ans, sans profession; entrée le 19 mars 1836, prise depuis six jours à la suite d'un refroidissement, d'une constitution faible, d'un tempérament lymphatique.

20. Les poignets, les doigts et les coude-pieds sont entrepris. Fièvre forte; 112 pulsations ; pouls plein, résistant; matité précordiale augmentée; bruits forts parcheminés, avec souffle au premier temps. Une saignée de trois palettes, ventouses de trois palettes aux articulations.

21. Moins de douleur aux articulations; 104 pulsations; le bruit de souffle a augmenté. Une saignée de trois palettes.

22. Les douleurs articulaires ont cessé complètement ; cent quatre pulsations. L'endocardite seule persiste.

Les douleurs n'ont plus reparu; seulement le mouvement fébrile est resté le même, et l'endocardite a suivi sa marche. Pour traiter cette affection, on a fait une saignée de trois palettes le 23. Vingt sangsues ont été posées le 24, sur la région du cœur ; et le 27 un large vésicatoire. On a prescrit en outre, les pilules de digitale.

Le 6 avril, il existe encore un très-léger souffle; le pouls est à 72 ; les articulations sont intactes. Le huitième.

— Dans cette observation, le rhumatisme articulaire fut guéri le troisième jour du traitement et ne reparut plus, malgré la fièvre intense qui persista, et qui était due à la phlegmasie de la membrane du cœur. C'est ainsi que s'expliquent rationnellement, dans la plupart des cas, ces états fébriles qui continuent, persistent lorsque les articulations sont dégagées.

— *Obs.* 15. Febret (Marie), âgée de 64 ans, domestique, exposée aux refroidissements, malade depuis dix jours; elle est d'une constitution assez forte. Entrée le 5 mars 1836.

6. Le coude et le coude-pied droits sont rouges et gonflés ; fièvre forte, 112 pulsations; au cœur second bruit un peu enroué. Une saignée de trois palettes et demie, ventouses trois palettes aux articulations.

7. Articulations soulagées. Le poignet et le coude-pied droits sont pris; 96 pulsations; même état du cœur. Une saignée de trois palettes et demie.

8. Le coude-pied est encore très-douloureux. 104 pulsations; matité précordiale considérable, bruits sourds étouffés, battements très-forts. Une saignée de trois palettes et demie.

9. Pouls à 84. Les articulations sont à peine douloureuses ; les bruits du cœur sont moins obscurs. Traitement émollient.

13. Douleurs nulles partout, 72 pulsations. Deux bouillons; deux potages.

A sa sortie, il existe un bruit âpre pendant la systole; le second est sec et parcheminé.

— *Obs.* 16. Une femme âgée de 18 ans, tisserande, habite une chambre basse et humide; d'un tempérament lymphatico-nerveux, malade depuis dix jours, entrée le 24 octobre 1835.

25. Fièvre, pouls à 94, poignet gauche et coude droit envahis ; rien au cœur. Une saignée de trois palettes ; ventouses trois palettes.

26. Légère amélioration, 92 pulsations. Une saignée de trois palettes, ventouses trois palettes.

27. Les articulations sont presque dégagées ; 92 pulsations. Ventouses au coude droit, trois palettes.

28. Le bras remue mieux, la palpation est moins douloureuse ; l'affection reste opiniâtrement concentrée dans le coude droit, mais à un faible degré. On emploie les émollients et un vésicatoire *loco dolenti.* Ce n'est que le 5 novembre que la fièvre cesse, et que le rhumatisme disparaît en entier.

—De ces 16 observations que j'aurais désiré donner plus complètes, mais que j'ai été obligé de raccourcir autant que possible, je tirerai les conclusions suivantes :

Le nombre des hommes affectés de rhumatisme a été égal à celui des femmes. La prédominance du tempérament lymphatique plus ordinairement dévolu à la femme, qu'on rencontre dans la plupart de ces observations, rend compte jusqu'à un certain point de ce nombre de femmes qui, dans la plupart des autres phlegmasies, sont moins souvent affectées que les hommes. Les professions qui exposent les individus, qui les exercent à toute espèce de refroidissement; se sont aussi le plus présentées; il est inutile de les rappeler ici. Ce fait a dû être évident pour tout le monde.

Je ferai remarquer également que sur ces 16 malades, 8 avaient déjà éprouvé une ou plusieurs attaques de rhumatisme articulaire aigu.

La question d'âge ne doit pas non plus être négligée ; ainsi, sur 16 malades sept avaient de 18 à 25 ans, quatre de 25 à 35, deux de 40 à 45, deux de 50 à 60, un seul était âgé de 64 ans.

Quant à la présence du rhumatisme, l'exposé succinct que j'ai donné de tous les cas a dû prouver que cette affection avait bien réellement existé, et que notre diagnostic n'avait pas porté à faux, comme on ne craint pas de le répéter pour d'autres affections.

Quant à la complication de l'endo-péricardite, cette question demandant à être traitée avec détail, j'y reviendrai dans un article à part.

J'arrive au traitement, à sa durée et à la durée totale de la maladie. Un tableau résumera plus facilement toutes ces questions.

Observations.	Age de la maladie avant le traitement.	Saignées.	Ventouses.	Sangsues.	Vésicatoires.	Durée du traitement.	Durée totale de la maladie.
			Hommes.				
1	5 j.	2 8 pal.	1/2 »	30	1 cœur.	4 j.	9 j.
2	13 (1)	2 7	2 3 p.	»	»	3	16
3	5	5 16	1 3	»	»	12	17
4	10	1 3	1/2 1 3 1/2	»	»	3	13
5	8	3 10	1/2 1 3	»	1	10 (2)	18
6	15	ipécacuanha et petit-lait.				14	29
7	4	4 12	2 6	»	1	5	9
8	8	2 7	1 3	»	»	20	28
			Femmes.				
9	5	3 9	1/2 1 3 1/2	»	»	5	10
10	5	5 20	1 3	65	»	11	16
11	4	2 6	»	24	»	3 (3)	7
12	8	1 3	1/2 1 3 1/2	»	»	3	11
13	3	3 12	»	54	»	5	8
14	6	3 9	1 3	20	1	4 (4)	10
15	10	3 10	1/2 1 3	»	»	8	18
16	10	2 6	2 6	»	»	12	22

Ce qui donne, terme moyen, pour le traitement des 15 cas chez lesquels on a employé les émissions sanguines, les résultats suivants : Trois saignées ou neuf palettes et demie, et trois palettes de sang par les ventouses ou les saignées. Ce traitement doit être fait dans les trois ou quatre premiers jours qui suivent l'entrée.

Que l'on ne pense pas toutefois que ce chiffre, présenté comme moyenne de tous les traitements, soit une sorte de règle dont il ne faudra pas se départir sous peine de voir la guérison avorter. Un seul coup d'œil jeté sur le tableau précédent suffirait pour faire voir combien les traitements ont varié suivant le sexe, l'âge, la constitution, la date et l'intensité de la maladie ; ce chiffre ne veut dire autre chose, sinon que d'après la méthode suivie par M. Bouillaud il sera plus élevé ici que dans d'autres services, toutes les circonstances se trouvant autant que possible égales d'ailleurs.

En retranchant toujours de ces cas celui qui a été traité par le petit-lait, méthode, comme on sait, proposée en dernier lieu par Sydenham (5), la durée moyenne du traitement des 15 cas attaqués par les émissions sanguines a été de sept jours un cinquième.

En ajoutant ensuite tout le temps qu'avait existé le rhumatisme avant l'entrée à celui qu'a exigé le traitement, on obtient pour durée totale de l'affection une moyenne de quatorze jours deux quinzièmes.

(1) Le traitement n'a été commencé que 8 jours après l'entrée.

(2) En y comprenant la rechute à la suite d'un refroidissement.

(3) Je ne parle pas ici de la rechute, arrivée 4 jours après la guérison, et qui a porté presque exclusivement sur le cœur.

(4) Le rhumatisme a été guéri en 4 jours ; l'endocardite seule a persisté jusqu'au 6 avril.

(5) Réponse à Robert Brady.

Nous avons vu dans ce qui précède une moyenne de 14 jours 2/15 pour la durée totale du rhumatisme articulaire aigu, et une moyenne de 7 jours 1/5 pour la durée du traitement.

Quant à l'unique cas traité par le petit-lait et un vomitif au début, je n'en veux tirer aucune conclusion. Je tâcherai plus tard de multiplier mes observations sur une pareille méthode pour pouvoir l'apprécier à sa juste valeur. Je me bornerai à dire que le cas que j'en cite ne paraît pas favorable, puisqu'ayant duré 15 jours avant l'entrée, il a encore persisté pendant 14 jours avec le traitement ordonné.

La gravité du rhumatisme articulaire simple n'est pas une question très-importante, puisque l'on voit bien rarement cette affection se terminer par la mort ; mais la question de la durée est une de celles qui a été le plus débattue; car c'est par elle que l'on a dû juger de la plus ou moins grande efficacité de telle ou telle méthode de traitement. Il est donc d'une extrême importance de préciser les termes de cette question.

Dans quelques-unes de ses dernières leçons cliniques, M. Chomel s'en est occupé, il a comparé sous ce point de vue les tableaux publiés par M. Bouillaud et par moi avec les résultats de sa clinique, et il est arrivé à cette conclusion, que d'après les tableaux de M. Bouillaud, la durée moyenne du traitement avait été de 19 jours, et qu'en ajoutant à ce chiffre celui de l'âge de la maladie à l'entrée, qui avait été, selon lui, de dix jours, on avait un total de 29 jours, tandis qu'en faisant les mêmes opérations sur les cas publiés par son chef de clinique, on obtenait une durée moyenne moindre de 10 jours.

Cette manière d'argumenter exige pour la réfuter quelques explications; et d'abord M. Bouillaud, en préconisant sa méthode de traitement, ne devait pas s'attendre à ce qu'on vînt, pour la combattre, ajouter au temps qu'a duré la maladie dans les salles tout celui qui avait existé avant l'entrée dans son service. En effet, il ne s'agit pas ici de la durée absolue du rhumatisme quand il n'est pas traité, mais bien de sa prompte terminaison quand il est attaqué convenablement. A ceci on répond: le rhumatisme a une durée voulue ; quand il a déjà duré 15 ou 20 jours, il y a une grande chance pour qu'il se termine bientôt, par quelque méthode qu'on emploie. Par conséquent, en ne tenant pas compte du temps antérieur à l'entrée, on paraîtra avoir de promptes guérisons, tandis qu'on n'aura réellement traité que des affections sur le point de s'éteindre.

Cette assertion n'est nullement démontrée ; je dirai même qu'elle est inexacte dans la plupart des cas, et contraire aux résultats obtenus même par M. Chomel.

C'est un fait généralement reconnu à présent, et surtout depuis les travaux de M. Bouillaud, que, dans l'immense majorité des cas, plus les inflammations sont près de leur époque d'origine, plus elles sont facilement et promptement curables; en partant de ce grand principe, il est donc évident que si un rhumatisme articulaire aigu a déjà duré 15 à 20 jours lorsqu'il se présente à notre observation, et *qu'il soit encore à cette époque d'une intensité marquée*, on aura plus de peine à s'en rendre maître que s'il était né de la veille.

Il est donc injuste d'ajouter à un traitement rendu déjà plus long par l'âge avancé de la maladie, tout cet âge lui-même pour fournir une preuve contre l'infériorité d'un traitement proposé.

Il s'agit de comparer la durée des affections rhumatismales dès qu'elles sont soumises à l'une ou l'autre méthode de traitement, et non la durée totale de la maladie, puisque les cas de rhumatisme qui ont déjà duré longtemps avant l'entrée sont le plus ordinairement ceux qui présentent le plus de difficultés pour le traitement.

Ainsi donc, il est évident que pour comparer des choses égales entr'elles autant que possible dans des faits médicaux, on ne doit compter, pour apprécier la valeur d'un traitement, que du jour où les malades y sont soumis.

Après avoir discuté la manière dont on a raisonné dans cette circonstance, j'arrive au fait en lui-même, et, je dois le dire, il se trouve être complètement inexact.

Dans le tableau invoqué par M. le professeur Chomel, ce n'est pas le traitement, comme on l'a dit, mais bien la durée totale de l'affection qui a été de 19 jours. La durée du traitement a été seulement de 11 jours et une fraction, et l'âge de la maladie avant l'entrée de 8 jours, ce qui, en additionnant ces deux chiffres, donne évidemment un total de 19 jours et une fraction pour la durée de l'affection tout entière. Eh bien, c'est ce dernier chiffre de 19 jours qu'on a pris par erreur pour la durée seule du traitement; dès lors en y ajoutant les 8 jours d'âge (et non 10) de la maladie avant l'entrée, on avait ainsi une durée totale de 27 jours. Il est donc évident pour tout le monde que l'erreur existe, et qu'elle est complète; je dois dire, toutefois, qu'elle peut s'expliquer jusqu'à un certain point par une faute de typographie existant dans l'ouvrage de M. Bouillaud (1); mais M. Chomel, à qui j'ai soumis ces réflexions, a de suite reconnu lui-même l'erreur dans laquelle il avait été induit. Ne doutant pas qu'elle n'ait été commise de bonne foi, puisque moi-même j'y avais été un moment trompé, j'avais prié ce professeur de vouloir bien rectifier ce qui avait été dit par lui en public quelques jours avant, mais il n'a pas jugé à propos de revenir sur ce sujet.

Toutefois, l'assertion étant détruite, et les faits publiés par M. Bouillaud et par moi ayant recouvré toute leur force première, j'ai besoin, pour compléter mon travail, de passer en revue les faits qu'on nous oppose, et d'examiner s'ils prouvent en entier tout ce qu'on leur fait dire.

Je déclare d'abord qu'il n'y a pour moi d'authentiques que les cas publiés, et je n'en connais que neuf insérés dans le n° 13 du Journal Hebdomadaire, année 1836, et celui qui a été publié dans le même journal, au n° 20 de la même année.

Voyons donc si ces observations peuvent être réellement opposées à celles que nous avons publiées.

Le premier travail contient neuf observations, que nous allons passer en revue.

La première observation contient l'histoire d'un jeune garçon qui, dans le cours d'une scarlatine miliaire bien caractérisée, fut pris le 8 novembre, de douleurs vives dans les portions charnues du bras, de l'avant-bras et de l'épaule gauches; il survint en même temps de la rougeur et du gonflement dans quelques articulations. Il y avait donc ici réunion du rhumatisme musculaire et du rhumatisme articulaire aigu.

Le 9, saignée de 10 onces; et le 12, toutes les douleurs avaient complètement cessé.

Sans vouloir discuter ce premier fait, il me suffira, pour le détruire, de le rapprocher de la 9e observation qui lui est tout-à-fait analogue, et que M. Grisolles lui-même avoue ne devoir être d'aucune portée.

Dans ce 9e cas, il s'agit d'une jeune malade, entrée aussi pour une fièvre éruptive, et qui éprouva également, dans le courant de cette affection, des douleurs rhumatismales musculaires et articulaires. Ce fait n'est, pour M. Grisolles, d'aucune valeur; il n'en veut tenir aucun compte parce que, dit-il, « le rhumatisme a été, dans ce cas, autant musculaire qu'articulaire; survenu d'ailleurs dans le période d'acuité d'une fièvre scarlatineuse, il serait difficile de faire la part exacte qui appartient à chacune de ces affections. »

Pour les mêmes raisons qui ont fait rayer cette neuvième observation, je ne tiendrai pour ma part aucun compte de la première; car elles sont pour ainsi dire identiques; et franchement, elles n'auraient même pas dû paraître dans l'article que j'examine. En effet, il est bien certain que dans un sujet déjà si difficile et si compliqué, ce sont les cas bien francs, bien évidents et dépouillés de toute autre physionomie étrangère, qu'il faut uniquement choisir. Ainsi donc, m'appuyant de l'autorité de l'auteur lui-même, je les retranche et n'en tiens aucun compte.

La deuxième observation n'est pas encore celle d'un rhumatisme articulaire aigu. Il s'agit ici d'un tonnelier qui travaille ordinairement dans les caves, mais qui exerce depuis six semaines son métier dans un endroit sec, et qui par conséquent n'a pas pu se refroidir. Cet homme a été pris le 9 novembre de douleurs dans plusieurs articulations. Entré le 13 à la clinique, on lui a fait une saignée de trois palettes. Il n'a rien au cœur; le pouls est à 64; il n'y a ni chaleur, ni fièvre.

Je n'entre pas plus loin dans l'examen de cette observation; car elle n'est encore d'aucune valeur, non-seulement pour moi, mais pour l'auteur lui-même, qui n'en tient pas compte dans son tableau, « parce que, ajoute-t-il dans une note, ce malade fut atteint d'un rhumatisme douloureux, mais apyrétique, et qui, par conséquent, ne peut être comparé au rhumatisme qui est accompagné d'une réaction générale plus ou moins vive. » Ainsi donc, troisième fait nul, et partant inutile à citer.

(1) Dans les *Nouvelles recherches sur le rhumatisme*, page 147, existe un tableau extrait d'un de mes comptes-rendus, et à la colonne dernière, au lieu de *époque de la guérison après le début*, il y a *après l'entrée;* c'est ce qui a pu faire commettre une erreur, qu'on aurait pu rectifier facilement en consultant la colonne qui précède. Du reste, pour reconnaître plus évidemment l'erreur, il faut consulter mon tableau primitif inséré dans le Journal Hebdomadaire, n° 9, année 1835, page 263.

N° 12. — 28 JANVIER.

HOPITAL MILITAIRE DU GROS CAILLOU.

M. POIRSON.

Impuissance rhumatismale de la vessie. Bons effets de la teinture de cantharides.

Un commandant qui avait déjà eu plusieurs fois la syphilis et avait passé par les grands remèdes, est entré à l'hôpital pour être traité d'une rétention d'urine. De-

puis plusieurs mois, il éprouvait une sorte de rhumatisme vague qui s'était propagé des articulations au tube intestinal; ensuite l'appareil urinaire et les membres abdominaux en ont été atteints à leur tour. De là est résultée une rétention et l'impossibilité de la marche. Le malade avait été sondé en ville sans succès; des fausses routes avaient été faites. Pratiqué avec une grosse sonde de M. Mayor, le cathétérisme n'a pas offert de difficulté à l'hôpital; on a tiré une grande quantité d'urine, et le malade s'est senti beaucoup soulagé. On a essayé de laisser une sonde en permanence dans la vessie; mais attendu son irritabilité extrême, le malade n'a pu la supporter. Le cathétérisme a par conséquent dû être répété de temps en temps.

En attendant, le malade a été soumis à *l'usage intérieur de la teinture de cantharides* (5 *à* 6 *gouttes par jour dans un pot de tisane apéritive*), *aux frictions répétées aux jambes avec le baume de Fioraventi cantharidé* (*un gros de teinture de cantharides par once de baume*), *et aux bains tièdes.* La vessie et les membres abdominaux n'ont pas tardé à reprendre leur énergie normale sous l'influence de cette médication. Aujourd'hui le malade urine librement, à volonté et avec jet; ses membres ne se refusent plus à ses efforts.

Ce qui rend remarquable cette observation, c'est l'efficacité de la médication qu'on a mise en usage. Il serait, en vérité, peu rigoureux d'attribuer à la cantharide seule les honneurs de cette guérison; nous devons dire cependant que nous avons une grande confiance dans l'efficacité de ce remède en pareilles occurrences.

Nous avons dernièrement traité avec un succès remarquable à l'aide de la teinture, un homme âgé de 45 ans, d'impuissance absolue dans l'union conjugale, accompagnée d'atomie de la vessie et de faiblesse du membre abdominal gauche; le mal existait depuis cinq ans, et désespérait le malade, malgré les agréments de sa jeune épouse. Nous l'avons mis à l'usage de la teinture de cantharides, *trois gouttes matin et soir d'abord dans un demi-verre d'eau sucrée; cette dose a été augmentée graduellement jusqu'à* 20 *gouttes matin et soir, dans l'espace d'un mois;* mais avec peu de résultat. Nous avons alors fait préparer exprès la teinture en doublant la proportion des cantharides indiquées par le codex, et l'effet obtenu a été des plus satisfaisants. Non-seulement le malade a commencé à éprouver des érections après la sixième prise de cette teinture à la dose de 10 gouttes chaque fois, mais encore la vessie et le membre pelvien ont repris leur force. *L'usage habituel des bains tièdes* a été joint à celui de la cantharide. Une ou deux fois, le malade ayant pris une cuillerée à café de teinture a éprouvé une hématurie d'abord, puis une strangurie avec douleurs à l'hypogastre qui se sont dissipées par l'emploi des bains et des boissons mucilagineuses. Actuellement les fonctions de l'appareil copulateur sont si bien revenues, que sa femme est devenue enceinte. Il est vrai que cette dernière preuve n'est pas péremptoire pour tout le monde, mais il faut bien que le médecin ait confiance dans la foi de son malade! Du reste, aux incrédules dans les effets de la médecine on ne pourrait mieux citer que l'histoire connue d'A. Paré.

« Un abbé, dit cet auteur, de moyen âge, restant en cette ville (Paris) pour solliciter un procès, sollicita pareillement une femme honnestes de son mestier pour diviser une nuit avec elle, si bien que marché fait, il arriva en sa maison. Elle accueillit M. l'abbé amiablement, et le voulant gratifier, lui donna pour sa collation quelque confiture en laquelle il entrait des cantharides pour mieux l'inciter au déduit vénérique. Or, quelque temps après, à savoir le lendemain, les accidents que j'ay par ci-devant déclarez, comme inflammation, excoriation et ulcère avec extrême douleur, érection de la verge advinrent à M. l'abbé et encore plus grand parce qu'il pissait et jettait le sang tout par le siége et par la verge.

» Les médecins étant appelés, voyant l'abbé avoir tels accidents avec érection de verge, cognurent à le voir qu'il avait pris des cantharides, et luy ordonnèrent des vomitoires clystères faits d'orge-mondé, de riz et de décoction de plantes émollientes, et puis après un peu de thériaque pour faire sortir le poison dehors. Pareillement on luy donna du laict, et on luy fit aussi des injections en la verge et aux intestins. Davantage, il fut baigné pour cuider donner issue au venin par les pores du cuir; mais par tous ces remèdes faits selon l'art, monsieur l'abbé ne laissa de mourir avec gangrène à la verge, et partant je conseille à telles dames ne prendre de telles confitures, et moins encore en donner à homme vivant pour les accidents qui en adviennent. »

Ce fait d'A. Paré sur l'action des cantharides sur l'appareil génito-urinaire n'est pas le seul, comme on sait. On trouve dans les œuvres de Cabrol deux observations absolument pareilles. Dans l'une il s'agit d'un homme d'Orgon, en Provence, qui, pour guérir d'une fièvre intermittente, prit de la main d'une sorcière une potion dans laquelle il entrait deux drachmes de cantharides, « ce qui le rendait si furieux à l'acte vénérien, que la femme nous jura son Dieu qu'il l'avait chevauchée, dans deux nuits, quatre-vingt et sept fois!! »

N° 13. — 31 JANVIER.

SOCIÉTÉ PHRÉNOLOGIQUE DE PARIS.

(Séance du 25 janvier 1837.)

Discours de M. Broussais.

Messieurs, dit l'honorable membre, j'ai cru devoir vous confirmer ce que j'ai eu l'honneur de vous dire dans la dernière séance, en vous parlant aujourd'hui d'un ouvrage de M. le colonel Raucourt, intitulé: *Traité d'éducation positive.* L'esprit de ce livre peut, en effet, être rapporté à une question que j'ai abordée. Vous vous rappelez peut être que j'ai avancé cette proposition: « La phrénologie contribuera puissamment au progrès de la civilisation en donnant à l'homme les moyens de faire prédominer son intelligence sur ses passions, en lui apprenant à se connaître, à se servir de son intelligence pour gouverner son moral. »

Nous trouvons la preuve de cette proposition dans l'ouvrage de M. Raucourt, ancien élève de l'école polytechnique, ingénieur des ponts et chaussées, et qui fait partie maintenant de cette réunion des anciens élèves de l'école qui travaillent à propager gratuitement l'instruction utile parmi les classes ouvrières.

Tandis que ses confrères s'occupent à donner aux ouvriers les moyens de perfectionner leur industrie, M. Raucourt cherche à les éclairer sur la partie morale de leur existence, à leur faire reconnaître que la plupart des maux ne sont que factices, et à leur faire apprécier, *d'après les dispositions philosophiques de leur être*, quelles

sont les sources incontestables de leurs véritables besoins, afin d'en déduire des préceptes positifs qui puissent servir de base à leur conduite.

L'auteur cherche à prouver que ce n'est pas, comme on l'a pensé jusqu'à présent, dans la santé, la puissance, l'instruction, etc..., que l'on doit chercher le bonheur; mais qu'on le trouve *dans la connaissance de soi-même*, dans le *savoir choisir* parmi toutes les sensations possibles de l'homme *existant*, *vivant*, *sentant*, *aimant* et *pensant*; c'est ce *savoir choisir* qu'il nomme *éducation positive*.

Quel peut être ce savoir choisir? traduit phrénologiquement, ce savoir choisir n'est autre chose que l'exercice de l'intelligence.

Le rapport fait à l'académie des sciences par M. le baron Silvestre, nous en donne l'idée. D'après ce rapporteur, on voit que M. Raucourt a dû, pour expliquer son principe, attacher beaucoup d'importance à la connaissance de la physiologie; et en effet, cette étude tient une grande place dans les premiers chapitres de son ouvrage. L'auteur cherche à familiariser ses auditeurs *avec les différentes fonctions des organes*, soit en personnifiant ceux-ci, soit en assimilant leurs opérations à des faits naturels.

On voit, par cet aveu, que M. Raucourt fait dépendre les manifestations de l'âme de son état physiologique, quoique cependant il ne fasse pas précisément de la phrénologie. Ce qui va suivre complètera l'idée qu'on doit se faire du principe de ce philanthrope.

« Aux cinq sens communément connus et décrits, continue le rapporteur, M. Raucourt en ajoute un sixième qu'il appelle l'*entente*. Dans les six sens, trois sont immédiats; le toucher, le goût, l'odorat; deux sont médiats, l'ouie et la vue; un est conventionnel, l'*entente*. Chaque sens est un moyen de perception particulier, propre à transmettre les impressions extérieures à *l'appareil encéphalique*; le sentiment naît des sensations; les sensations se fortifient par l'usage et s'affaiblissent par la vue. C'est sur l'emploi de ces divers agents que l'auteur fonde le bonheur auquel il est possible d'atteindre; et il pense que *c'est du choix et de la modération dans les désirs, du bon emploi du temps et de l'extrême tolérance*, que nous avons le plus besoin pour vivre heureux. »

On le voit, ajoute M. Broussais, l'auteur de l'*éducation positive* porte l'analyse des manifestations humaines dans les facultés de l'homme, et il les explique par le mot *organe* ou par une entité. C'est en consultant la physiologie imparfaite qu'il découvre les différences normales qui existent dans ces facultés, et s'il n'y a pas tout découvert, du moins il y a aperçu beaucoup de vérités, ainsi que nous allons le reconnaître. »

Notre spécialité nous force bien à regret à quitter M. Broussais dans la haute analyse qu'il fait en détail des idées de M. Raucourt; nous n'avons cité que celles qui s'y rattachaient, car ces idées sont le point de départ et la base du point de vue philosophique de l'honorable professeur.

En résumé, M. Broussais démontre que M. Raucourt a bien compris qu'il fallait tenir compte de l'organisation de l'homme pour diriger les moyens d'éducation qu'on veut lui approprier, et surtout qu'il faut s'adresser plus qu'on ne l'a fait jusqu'ici, à son intelligence. Cette intelligence, M. Raucourt l'indique par son sixième sens, qui n'est autre chose que *l'âme raisonnable*. Nul doute que les expressions de l'auteur ne sentent encore l'ontologie, soient encore un peu dans le domaine de la métaphysique, mais au moins permettent-elles qu'on les traduise physiologiquement sans altérer sa pensée. En effet, il prouve que c'est l'intelligence qui choisira parmi les sensations celles qu'il faudra repousser, ou celles qu'on doit écouter. M. Raucourt arme donc l'intelligence contre les passions. Ce philanthrope nous fait remarquer qu'il ne se sert pas de moyens capables de fasciner ou d'illusionner ses ouvriers en les plaçant au milieu de salons dorés, de concerts spirituels, de bals élégants; il se soucie peu de ces formes, persuadé que ce n'est pas par le secours des nuages et des fictions qu'on doit arriver à ce but; selon lui, il faut avoir une plus haute opinion de l'intelligence humaine: aussi ne s'adresse-t-il qu'au fond, au positif de cette intelligence, et alors il se contente de faire ses cours populaires dans une simple salle noircie par les fréquentes réunions qui s'y pressent pour y aller puiser évidemment les leçons de plusieurs moralistes. Cette salle, appartenant à la municipalité, est mal chauffée, mal fermée; et cependant cette incommodité ne ralentit pas l'ardeur des ouvriers de tout état qui y affluent sans cesse. Tant il est vrai qu'on peut imposer des convictions à l'homme sans le secours des décors ni des spectacles.

Ce fait est des plus remarquables, dit M. Broussais, surtout lorsqu'on s'assure du fruit qu'en retirent les élèves de M. Raucourt; car alors, on voit de manière à ne plus en douter, que l'homme trouve des jouissances à être arraché à la tyrannie de ses passions!

La déclaration affirmative des élèves du professeur se trouve dans vingt-cinq lettres qu'ils lui ont adressées. Toutes prouvent qu'il les a conduits à se trouver heureux dans leurs positions; qu'ils se sont procuré des jouissances intellectuelles qui les portent à renoncer à celles qui ne proviennent que des instincts et des sentiments fallacieux; qu'ils ont trouvé le véritable bonheur en mettant leur raison d'accord avec leurs sentiments moraux.

Évidemment, le but auquel doit arriver la phrénologie est le même que celui obtenu par M. Raucourt, et cela pourquoi? parce qu'il a fait l'étude morale de l'homme presqu'au point de vue phrénologique, sans pourtant connaître celui-ci, et surtout parce qu'il a tenu compte de la physiologie humaine.

M. Broussais termine cette savante et haute analyse en disant que M. Raucourt a cinq cents auditeurs et plus, parce qu'il les exerce à poser la pensée comme sentinelle des passions, et à les faire agir sous la direction de la sagesse, qui consiste à voir les conséquences présentes et à venir de ses actions. M. Raucourt a deviné la pensée de phrénologistes; aussi son succès dépend-il uniquement de ce qu'il a emprunté quelques idées à la physiologie du système nerveux; il les formule ontologiquement, sans doute; mais il ne réussit pas moins: les lettres de ses élèves sont des preuves de ses succès. Tel sera toujours le résultat nécessaire qu'on obtiendra en réveillant un plaisir intellectuel qui n'est pas connu de la multitude, un plaisir que le catéchisme et les frères ignorantins n'expliquent pas, un plaisir que la morale vulgaire tue par l'aspect fantastique de ces redoutables entités auxquelles elle nous soumet.

Telle est l'éducation intellectuelle à installer dans la société. Quel bel amendement, et que d'avenir dans la persévérance en cette voie nouvelle!

Cette analyse, empreinte d'idées si physiologiques, a excité l'attention, et a été terminée au milieu d'applaudissements unanimes. B...

HOPITAL DE LA PITIÉ.

M. Lisfranc.

Des signes des abcès.

(Leçon recueillie par M. A. Forget, interne.)

(Suite du numéro 9, 21 janvier 1837.)

Si, dans le phlegmon, les signes de l'inflammation persistent depuis quelques jours; si la tumeur offre à son centre plus de mollesse qu'en aucun autre point de son étendue : si surtout la phlegmasie reconnaît pour cause un agent très-irritant qui a séjourné quelque temps au milieu des tissus phlogosés, tels que des matières stercorales ou urineuses épanchées ; si le malade a éprouvé des frissons, s'il offre de la sécheresse à la paume des mains et à la plante des pieds, vous aurez des présomptions très-fortes en faveur de l'existence du pus dans la tumeur phlegmoneuse; mais, en définitive, le toucher seul pourra vous faire établir le diagnostic.

C'est donc à la recherche de la fluctuation que nous allons consacrer cette leçon, dont l'importance vous sera démontrée si vous voulez vous rappeler que trop souvent l'incertitude du diagnostic a produit les plus fâcheux résultats. Vous savez, en effet, que quand on tarde à ouvrir un abcès, le pus peut produire de vastes sillonnements ou bien se faire jour dans ses cavités, où sa présence détermine des accidents graves.

Je me livrerai avec d'autant plus de soin aux considérations que je vais vous soumettre sur ce point de la science, qu'il a été fort incomplètement traité, et qu'on ne l'a pour ainsi dire qu'indiqué dans le commun des martyrs.

Pour reconnaître l'existence d'un liquide séreux ou purulent renfermé dans le péritoine, on a coutume d'appliquer la face palmaire d'une main sur la paroi de l'abdomen, et de percuter avec la pulpe des doigts de l'autre main sur un point diamétralement opposé, de façon que l'ondulation de la colonne liquide vienne frapper la main qui reste immobile. Ce principe peut s'appliquer à quelques collections purulentes siégeant dans l'épaisseur du tronc ou des membres; mais les moyens d'investigation demandent à être modifiés suivant certaines conditions anatomiques propres à telle ou telle partie, suivant aussi les dispositions de ces mêmes collections purulentes.

1° Le foyer où le pus est renfermé peut n'être qu'incomplètement rempli; en pressant alors de la circonférence au centre, on ramène le liquide dans le point qui est soulevé et tendu. Le diagnostic est si évident que le toucher, en quelque sorte, devient inutile.

2° Le kyste purulent peut être placé au milieu d'un tissu cellulaire abondant, mou et quelquefois contenant un peu de sérosité, ainsi au sein, dans l'épaisseur des parois abdominales, chez des femmes qui ont perdu un peu de leur embonpoint, et chez lesquelles les tissus de ces régions ont une grande mollesse, si bien qu'en les touchant on leur imprime un ébranlement qui pourrait faire croire à la fluctuation. Pour éviter une erreur, il faut, dans ce cas, faire embrasser ces tissus par la main d'un aide, ou les fixer soi-même avec la paume d'une main, tandis que de l'autre on explore sans crainte de leur imprimer l'ébranlement particulier dont j'ai parlé.

3° On a souvent pris pour la fluctuation la sensation fournie par les tissus ramollis qui existent sur les articulations frappées de tumeur blanche. Ici il faut avouer que la sensation peut être la même que dans le cas d'abcès ; aussi c'est par la nature de la maladie, sa durée, sa marche, que l'on peut arriver au diagnostic. De plus, si la tumeur blanche offre cette mollesse égale sur tous ses points, j'aurai plus de raison encore pour rejeter l'idée de l'existence du pus, tandis que si les phénomènes dont nous nous occupons existaient sur un point limité et circonscrit, le diagnostic serait moins obscur. D'ailleurs, dans tous ces cas, on ne se décidera à se servir de l'instrument tranchant que quand l'ondulation du liquide sera bien perçue.

4° Dans les foyers incomplètement pleins, on peut sentir le gargouillement produit par le passage du pus d'un point dans un autre. La crépitation l'accompagne souvent; c'est une preuve qu'il y a des gaz, et c'est une indication de plus pour ouvrir promptement le foyer purulent.

M. Lisfranc donne ensuite les règles du toucher appliqué au diagnostic des abcès.

Les trois doigts du milieu de chaque main sont étendus et juxtaposés ; ils sont placés sur la tumeur de manière à ne la toucher que par la pulpe des dernières phalanges et par celle de l'extrémité inférieure des secondes ; les doigts d'une main sont à un demi-pouce environ des doigts de l'autre. Ensuite on presse alternativement avec les doigts de chaque main, de telle sorte que pendant que l'une comprime, les doigts de l'autre restent immobiles. On comprend que si les deux mains comprimaient en même temps, il y aurait équilibre, et les forces se neutralisant, le liquide ne serait pas avantageusement ébranlé ; on produirait mal cette ondulation qui vient avertir l'explorateur de l'existence du pus dans la tumeur. Pour que cette sensation se produise bien nettement, il est bon de soulever un peu les doigts de la main actuellement immobile, sans toutefois abandonner la peau, pendant que l'autre comprime.

Dans le cas où un foyer n'est pas complètement rempli, on peut toucher avec les trois doigts du milieu d'une main seulement. En pressant un peu fort au centre, on sent fuir le liquide à la circonférence, et on peut appliquer la paroi antérieure du foyer contre la postérieure, ce qui fournit à l'instant même au toucher une sensation essentiellement différente de celle qu'on vient d'éprouver en déplaçant la matière purulente. Si on cesse brusquement la pression, sans que toutefois les doigts abandonnent les téguments, aussitôt le liquide, revenant avec force de la circonférence au centre, heurte, et soulève la paroi antérieure, contre laquelle les doigts appliqués éprouvent la sensation d'un choc bien facile à percevoir.

Mais, poursuit M. Lisfranc, rappelez vous que nous nous occupons aujourd'hui d'un des points les plus difficiles de la chirurgie ; qu'il est des choses impossibles à rendre parfaitement par des mots, et que si vous voulez acquérir l'habitude nécessaire pour bien reconnaître la présence des foyers purulents, il faut que vous ne

laissiez échapper aucune occasion d'exercer vos mains, parce que quand souvent vous aurez perçu les sensations que donne l'existence du pus dans nos tissus, sensations qui, je le répète, ne peuvent pas être nettement rendues par le langage, il sera difficile, sinon impossible, que vous commettiez des erreurs et que vous ressembliez à ce chirurgien ignorant qui dit d'un ton fort plaisant : Ouvrez toujours, il n'y a pas d'inconvénient.

Signes de la fluctuation suivant les localités.

Je vous ai donné les principes généraux pour le diagnostic de la fluctuation ; je vais insister actuellement sur certaines modifications à apporter à ces principes relativement au siége des abcès.

Je vais être bien impoli et de très-mauvais goût, car je ne crains pas d'avancer que ce point important de la science a été singulièrement négligé par ce faisceau de médiocrités qui a créé une assurance mutuelle de talent, et pour lequel des titres scientifiques et l'amour de la vérité sont un motif de réprobation. La rage impuissante de la coterie l'aveugle au point qu'elle ne se souvient pas que nous avons eu l'honneur de présider l'académie, et que l'on a rendu une ample justice à la dignité avec laquelle nous l'avons fait. D'ailleurs, nos nombreuses relations nous mettent heureusement à l'abri des basses calomnies dictées par des amours-propres froissés et par une ignoble jalousie.

1° Existe-t-il du pus dans le fond de l'orbite, il est difficile, s'il n'est pas impossible, à l'aide des moyens d'investigation généralement indiqués, d'en reconnaître la présence avant que la collection ait beaucoup augmenté et ait exposé le malade à de grands dangers qu'il serait inutile d'indiquer ici. Faites fermer les paupières, pressez d'avant en arrière sur le globe de l'œil, le pus placé entre cet organe et les parois orbitaires se portera ordinairement en avant où il pourra même former une tumeur ; pratiquez alors le toucher, et vous reconnaîtrez la fluctuation. Vous donnerez sur-le-champ issue à la matière purulente, et votre malade sera soustrait à des accidents qui pourraient devenir funestes.

2° Dans les abcès des parois de la bouche, je signalerai, sans m'y arrêter, la précaution que l'on doit toujours avoir de toucher en dedans en même temps qu'en dehors. Dans certains abcès du pourtour du conduit auditif externe, le diagnostic devient plus facile quand on introduit dans ce conduit une sonde légèrement courbe avec laquelle on presse de haut en bas et de dedans en dehors.

3° Si du pus existe sous le scapulum, il est important de le diagnostiquer de bonne heure, pour éviter le décollement des muscles et les fusées purulentes, et ce qui est plus grave, le passage du pus dans la cavité thoracique, comme les auteurs en rapportent des exemples.

La saillie plus considérable que forme le scapulum est un signe d'une faible valeur, puisque rarement il y a égalité parfaite entre les deux épaules, d'autre part, la trépanation de l'omoplate ne serait pas une opération praticable dans l'état actuel de la science du diagnostic. Que faut-il faire alors ? Comprimer d'arrière en avant le scapulum, de manière à l'appliquer contre les parois thoraciques. En agissant ainsi, le pus peut être refoulé à la circonférence de l'os et y former un bourrelet sur lequel la fluctuation devient facile à constater; quelquefois, et probablement à cause de la disposition du foyer purulent, c'est une tumeur qui vient se former à la partie la plus déclive. Il est alors aisé d'inciser largement, et de donner sortie au pus dont l'évacuation peut encore être aidée par une sonde de femme qui, glissant entre les différents plans charnus, arriverait jusqu'au centre du kyste pyogénique.

4° Le diagnostic des abcès de la fosse iliaque n'offre pas de difficulté quand le pus vient en fusant se porter à l'arcade crurale. Quand il est profondément situé avec tendance possible à se faire jour dans la vessie, le cœcum, le vagin, le rectum, et quelquefois au périnée, il faut, pour établir le diagnostic, toucher alternativement par le vagin ou le rectum en déprimant le paroi abdominale ; ou par ces deux conduits à la fois, en même temps que l'on fait presser par un aide sur l'abdomen.

5° Si un abcès s'est développé le long des parois du vagin et du rectum, vous pouvez par le toucher ne pas constater son existence, d'autant mieux qu'ici la pression s'exerce sur des plans doués d'une assez grande mobilité, et que les tissus s'affaissent et fuient sous le doigt, surtout si la poche purulente est profonde et incomplètement remplie. L'importance qu'il y a à ne pas laisser de décollements et de trajets fistuleux s'établir, m'engage à insister sur une application pratique du toucher que j'ai déjà fait publier en 1826.

Le doigt indicateur sera porté dans le rectum ou le vagin, la pulpe tournée contre le point où l'on présume l'existence du pus; vous placerez le doigt dans la demi-flexion, puis vous comprimerez de haut en bas et de dedans en dehors. Par cette manœuvre, vous refoulez le liquide vers les téguments, et vous pouvez même faire saillir sous la peau une tumeur arrondie, fluctuante, dont l'incision et suivie de la sortie du pus.

Ce n'est pas dans le cas d'abcès seulement que ce moyen d'investigation offre des avantages immenses sur les autres procédés, il est également utile dans les circonstances que je vais signaler. Vous rencontrerez quelquefois des tumeurs développées le long de la face externe du vagin, soit tumeurs érectiles, j'en ai observé plusieurs, soit des kystes hydatiques, athéromateux, mélicériques dont j'ai beaucoup d'observations.

Si vous ne savez pas diagnostiquer ces tumeurs, vous vous exposez à les voir, quand elles sont encore petites, dégénérer ou envahir les tissus voisins dans une épaisseur et une étendue très-considérables, qui, en raison des dispositions anatomiques que vous connaissez, rendent toute opération très-grave, souvent même impossible ; et cela arrive d'autant mieux que ces tumeurs très-petites en apparence envoient souvent des prolongements qui remontent très-loin.

L'examen des parties extérieures, et le toucher lui-même ne constatent pas la présence de la tumeur ; la malade a remarqué qu'elle disparaissait pendant un jour pour reparaître le lendemain, et cela très-fréquemment. J'ai vu des consultations données par des praticiens d'ailleurs très-éclairés : dans l'une, il était fait mention d'une tumeur à l'entrée du vagin ; dans l'autre, on niait l'existence de cette tumeur.

Il y a trois mois, une femme de province vint me consulter avec deux consultations, dont une seulement faisait mention de la tumeur.

Je portai mon doigt dans le vagin, je lui donnai la position à demi-fléchie ; je pressai de dedans en dehors et de haut en bas ; je parvins à faire saillir la tumeur, à la faire constater par la malade elle-même.

J'insiste encore une fois sur ces principes, pour que vous vous teniez sur vos gardes, et que vous évitiez ces erreurs de diagnostic, d'ailleurs si communes, et qui peuvent avoir des suites fâcheuses.

Mais le temps me presse, je craindrais d'ailleurs de fatiguer votre attention; je vous exposerai dans la prochaine séance les signes à l'aide desquels on reconnaît les abcès qui siégent autour de l'articulation du genou, et on les distingue des épanchements articulaires.

HOPITAL MILITAIRE DU GROS CAILLOU.

M. Poirson.

Éruption variolique précédée d'une péritonite intense.

Un militaire âgé de trente-deux ans est entré à l'hôpital pour être traité d'une dartre au creux du jarret. Sans cause appréciable, une péritonite intense se déclare, puis une péritonite générale des plus violentes. Le ventre est considérablement ballonné est fort douloureux partout au toucher. *Saignée du bras. Application de* 132 *sangsues sur le ventre en diverses fois.* Mieux.

Les choses allaient parfaitement lorsqu'une éruption de véritable variole confluente s'est déclarée : ce militaire n'avait jamais été vacciné. On prescrit des moyens antiphlogistiques et des boissons légèrement diaphorétiques. Le mal a parcouru ses périodes régulièrement, et le malade est en voie le guérison.

La circonstance qui recommande cette observation, c'est la péritonite comme symptôme précurseur de l'éruption.

Blennorrhagie urétrale. Syphilis consécutive.

Un jeune militaire contracta il y a trois ans une blennorrhagie urétrale dont il fut traité par la potion de Chopart et les antiphlogistiques. Jamais, avant ni après, il n'avait essuyé de maladie vénérienne.

Il entre cependant aujourd'hui à l'hôpital avec tous les symptômes de la vérole; il offre des ulcères syphilitiques au palais, et les os de cette région sont déjà atteints du principe de la maladie. On le traite par les mercuriaux.

Aujourd'hui qu'on sait que les chancres peuvent exister cachés dans le fond du canal urétral sans qu'il en existe à l'extérieur, on comprend comment un écoulement urétral, qui a toutes les apparences de la blennorrhagie simple, peut cependant donner lieu à des symptômes de syphilis constitutionnelle. Il ne faut pas oublier pourtant que la vérole peut être contractée par différentes voies, et surtout que les baisers obscènes. Boyer racontait dans ses cours qu'un monsieur âgé, qui n'avait jamais cohabité avec d'autre femme que la sienne dont la chasteté était à l'abri de tout soupçon, éprouvait tous les symptômes de la syphilis constitutionnelle. L'absence de tout soupçon vénérien désorienta d'abord le praticien qui le traitait sans avantage. A force d'interrogations enfin, Boyer apprit que plusieurs années auparavant, ayant un jour assisté à un dîner de garçons, le malade s'était, après table, promené avec les autres convives dans une maison de jouissance. Une nymphe s'empara de lui et le caressa tendrement pour le tenter; mais il disait avoir résisté, et en avoir été quitte pour de seuls baisers sur les lèvres. Il ne se souvenait cependant pas d'avoir éprouvé d'excoriations ni de boutons sur cette partie consécutivement.

D'après ce seul soupçon, très-éloigné cependant, Boyer soumit le malade aux frictions mercurielles et la guérison eut lieu.

Épidémie régnante. (Grippe.)

Il règne depuis quelque temps à Paris une épidémie catarrhale qui offre la plus grande analogie avec celles que nous avons observées en 1831 et 1833. Comme dans les deux premières, la cause porte principalement son action sur le système nerveux et l'appareil respiratoire. Une céphalalgie plus ou moins intense accompagnée de lassitudes spontanées, de douleurs contusives dans les membres ouvre la scène. Bientôt la fièvre s'allume, et avec elle se manifestent une douleur de gorge avec sentiment d'ardeur et de sécheresse, et un écoulement muqueux ou séreux par les narines. On observe en même temps de la toux et une douleur plus ou moins vive vers le sternum; l'appétit diminue ou se perd entièrement; la soif augmente. Dans quelques cas rares des vomissements se joignent à cet ensemble de symptômes; les selles deviennent rares; la peau est chaude, le pouls accéléré.

Comme toutes les maladies, la grippe présente différents degrés d'intensité, Dans quelques cas elle est si légère qu'elle n'empêche pas les malades qui en sont atteints de se livrer à leurs occupations habituelles. On la voit dans des circonstances se terminer spontanément au bout de trois ou quatre jours par une transpiration abondante. Lorsque le mouvement fébrile est intense, les malades sont contraints de garder le lit et d'observer une diète rigoureuse. La durée est alors de sept à huit jours, mais la terminaison est toujours favorable.

Cette épidémie n'épargne aucune classe de la société; elle se manifeste chez les adultes comme chez les enfants et les vieillards.

Quant aux moyens de traitement, ils sont simples: des infusions de fleurs de mauve, de guimauve, de violette, de coquelicot, de bourrache, administrées chaudes dans l'intention de favoriser la transpiration, telles sont les boissons que l'on conseille en pareil cas; on y joint des pédiluves sinapisés dans les cas de céphalalgie intense. Quelques praticiens administrent avec avantage un vomitif au début, et ont recours à un léger purgatif vers le déclin de la maladie.

D'après les renseignements que nous ont fournis les journaux politiques, la même épidémie règnerait à Londres depuis un ou deux mois, et y exercerait de grands ravages. Nous hésitons à croire que la maladie qui cause à Londres une si grande mortalité, soit une simple grippe. Dans toutes les épidémies de ce genre que nous avons

observées ou dont l'histoire nous a été transmise par nos devanciers, jamais la mort n'a été la terminaison de la maladie. Avant de nous prononcer sur la nature de la maladie qui vient de régner à Londres, nous attendons des renseignements des journaux de médecine anglais, qui jusqu'à présent ont gardé le silence.

Quoi qu'il en soit, tous les cas de grippe que nous avons observés à Paris, soit dans la pratique civile, soit dans les hôpitaux, se sont rapidement et heureusement terminés.

GAZETTE MÉDICALE

DE PARIS.

JANVIER 1837.

N° 1. — 7 JANVIER.

Mémoire sur les effets physiologiques et thérapeutiques de l'iode administré à hautes doses ; par le docteur BUCHANAN, chirurgien de l'infirmerie royale de Glascow (1).

Les observations que nous offrons ici sur l'iode employé à haute dose sont le résultat des observations cliniques recuillies dans les salles de l'infirmerie de Glascow pendant les neuf derniers mois, c'est-à-dire depuis l'époque où j'ai reconnu à quelles doses énormes l'iode pouvait être administré. Plusieurs malades, en effet, en ont pris dans l'espace d'un mois ou cinq semaines un quart de livre ou une demi-livre sans qu'une aussi grande quantité, qui a été entièrement absorbée, ainsi que nous l'avons constaté, eût produit, dans aucun cas, le moindre accident, tandis que dans un grand nombre, elle a exercé une influence très-heureuse sur les maladies qu'elle était destinée à combattre. Frappé d'un résultat si opposé aux opinions généralement reçues sur la nature vénéneuse des préparations de cette substance, je l'ai prescrite dans tous les cas où j'ai cru pouvoir le faire, afin d'étudier ses effets physiologiques et thérapeutiques. Je vais d'abord faire connaître les préparations d'iode que j'ai employées, ensuite je décrirai les effets physiologiques les plus remarquables que j'ai observés, et je finirai par l'énumération des principales maladies pendant lesquelles je l'ai employé, et l'exposition de la manière dont je m'explique ses effets curatifs.

§ I. PRÉPARATION D'IODE

a. Iodure d'amidon.

Voici la formule suivie pour la préparation de l'iodure employé dans mes expériences.

Prenez : iode, 21 grains.
Amidon en poudre très-fine, 1 once.
triturez l'iode avec un peu d'eau et mêlez graduellement l'amidon.

Lorsque l'iode est administré sous la forme de teinture ou sous la plupart des autres formes habituellement employées, et où il n'est point à l'état de combinaison, la dose peut être élevée jusqu'à 3 et 4 grains dans les 24 heures. Mais si l'on dépasse cette dose, souvent même avant qu'on y soit arrivé, on voit se développer des douleurs dans l'estomac et les entrailles et les autres symptômes de l'irritation gastrique. Si cependant on donne la solution de Lugol très-étendue d'eau et à très-faible dose, on pourra arriver à une plus grande quantité, par exemple six grains en 24 heures. Cette dernière remarque et la nature des symptômes qu'on attribue à l'iode pris en grande quantité, me firent soupçonner que ces symptômes pouvaient être dus à l'action irritante locale des préparations employées et non au médicament lui-même absorbé. Cherchant donc une préparation de l'iode qui, sans être irritante, put conserver sa propriété, je fus amené à employer l'iodure d'amidon qui, par la saveur qu'il détermine dans la bouche, paraît devoir être peu irritant, parce que son goût se rapproche bien plus de celui de la farine que de celui de l'iode ; en même temps la facilité avec laquelle l'amidon est digéré, était déjà pour moi un motif de supposer que cette combinaison serait plus utile que nuisible à l'absorption de l'iode. Les faits ont complétement confirmé ces prévisions.

Ne connaissant pas encore le changement que pouvait opérer sur les effets de l'iode la combinaison avec l'amidon, je commençai par de très-petites doses et ne donnai d'abord que dix grains qui équivalent à un demi-grain d'iode. Cette dose fut portée graduellement à quatre scrupules ou quatre grains d'iode et sans aucun inconvénient.

Je portai alors la dose à quatre gros, équivalant à douze grains d'iode par jour et sans déterminer la moindre trace d'irritation gastrique, bien que les sécrétions fussent fortement imprégnées d'iode. Je m'arrêtai longtemps à cette dose, ignorant les effets que pouvait produire à la longue l'introduction d'une aussi grande quantité d'iode dans l'économie. Ce ne fut qu'après avoir administré pendant longtemps et chez beaucoup de sujets la dose de quatre gros sans aucun inconvénient que je me hasardai à la dépasser, et j'arrivai graduellement à une demi-once, puis à une once trois fois par jour, équivalant à 72 grains d'iode pur, et cependant je n'observai encore aucun symptôme d'irritation gastro-intestinale, ni d'aucune autre espèce, bien que les sécrétions fussent fortement imprégnées d'iode et spécialement l'urine qui devenait aussi noire que de l'encre dès qu'on y versait de l'acide nitro-muriatique et de l'amidon ; j'ai encore dépassé cette dernière dose quelquefois mais rarement, parce que je pensais qu'elle était suffisante pour produire tous les effets altérants que je pouvais at-

(1) Extrait des derniers numéros de la *Gazette médicale de Londres*.

tendre de l'iode, et ensuite parce que le volume de la dose était si considérable que les malades s'en plaignaient disant que c'était plutôt un aliment qu'un médicament. Assuré de l'innocuité de ce médicament à cette dose, je commence ordinairement chez les personnes qui n'ont ni une faiblesse d'organisation remarquable, ni aucun symptôme d'altération du côté des voies digestives, par une demi-once que j'augmente ensuite si je le juge à propos ; je fais prendre ordinairement cette préparation dans une décoction d · gruau.

Quelques personnes considérant les fortes doses auxquelles on peut administrer l'iodure d'amidon, ont pensé que ce ne devait être qu'une substance inerte, mais cette opinion est tout à fait erronée, car sans parler des effets qu'exerce cette préparation dans quelques maladies, il est certain qu'on ne pourrait point attribuer son inertie à ce qu'elle traverserait le canal digestif sans être absorbée, car on trouve dans les sécrétions l'iode en grande abondance et sous les mêmes formes que quand on l'administre pur. Pensant en outre qu'une portion de médicament pourrait être entraînée avec les aliments sans avoir été décomposée, j'ai souvent examiné les selles des malades qui en prenaient les plus fortes doses, et jamais elles ne m'ont offert la moindre trace de la couleur noire qu'elles auraient eue si elles en avaient contenu. Au contraire, elles étaient presque toujours plus pâles que d'habitude. Pour en être encore plus certain, j'ai même fait examiner par un chimiste les selles d'un malade qui prenait les doses d'une once ; l'eau dans laquelle on avait fait bouillir les matières ne donna pas la moindre trace d'acide hydriodique ou d'iodures solubles ; pour s'assurer ensuite s'il ne restait pas quelque partie d'iodure d'amidon non décomposée, la masse fut traitée par une solution de potasse ; et en neutralisant cette dernière on n'obtint pas la moindre quantité d'amidon. Il est donc démontré que tout l'iode donné en combinaison avec l'amidon subit dans les premières voies les mêmes changements que l'iode pur administré avec un autre véhicule, et que la seule différence entre l'iodure d'amidon et les autres préparations d'iode, c'est que le premier n'exerce aucune action irritante ou corrosive sur l'estomac et sur les intestins, et dès lors peut être introduit dans l'économie en bien plus grande quantité.

b. Acide hydriodique.

Formule employée à l'infirmerie royale de Glascow.

Prenez : Iodure de potassium, 330 grains.
Acide tartrique, 264 grains.
préparez suivant l'art en employant une quantité d'eau suffisante, pour que chaque drachme du liquide contienne cinq gouttes d'iode.

Les physiologistes savent que, quand on introduit de l'iode pur dans l'estomac, il est promptement converti en acide hydriodique. Il est probable que cette conversion s'opère différemment dans les différents cas. Si une grande quantité d'iode non combiné est introduite dans l'estomac vide, l'hydrogène dont il s'empare peut lui être fourni par les sucs grastriques ; mais il est constant que les tissus de l'estomac qui sont attaqués lui en fournissent une partie. Mais quand l'iode est combiné à l'amidon, il est probable que l'amidon pendant la digestion, fournit l'hydrogène qui sert à former l'acide hydriodique et protège ainsi les tissus de l'estomac contre l'action corrosive de l'iode. Cependant je pensai qu'il qu'il pourrait être utile d'administrer l'acide hydriodique lui-même, afin d'éviter la formation de cet acide dans l'estomac, et les accidents qui l'accompagnent. Un autre motif encore me portait à faire cette expérience, c'était le désir de m'assurer de l'exactitude de l'opinion qui attribue à l'acide hydriodique toutes les propriétés que possède l'iode pur, et d'après lesquelles même cet acide serait le principe actif auquel les préparations ordinaires d'iode devraient leur efficacité médicinale.

Les méthodes recommandées par les chimistes pour obtenir l'acide hydriodique sont peu convenables, tant à cause de leur complexité que parce que la force de l'acide qu'on en obtient n'est point uniforme et est difficile à apprécier. Les acides minéraux ne peuvent être employés pour former l'acide hydriodique pour la décomposition des iodures, comme on le fait pour retirer l'acide muriatique du sel commun, parce que ces acides réagissent sur l'acide hydrodique au moment où il se forme. Mais l'acide tartrique n'offre pas le même inconvénient. L'acide hydriodique obtenu par ce moyen a une acidité agréable. D'abord limpide, il présente bientôt une légère teinte jaunâtre qui, peu à peu, devient plus foncée, puis rouge, et enfin presque noire par la décomposition d'une partie de l'acide, qui quelquefois s'élève à près de la moitié de la quantité totale. Cependant l'acide préparé par la voie indiquée ci-dessus peut être conservé plusieurs mois avant que sa décomposition soit aussi avancée.

J'employai l'acide hydriodique ainsi préparé, d'abord à la dose de quelques gouttes, qui fut portée graduellement à celle d'un gros trois fois par jour, ce qui équivaut à quinze grains d'iode, puis à la dose d'une demi-once trois fois par jour, équivalant à un gros d'iode chaque jour. Enfin, dans quelques cas, j'en ai administré une once trois fois par jour, ce qui donnait deux gros d'iode pur. L'acidité de ce médicament, en fait une des préparations d'iode les plus agréables. Voici les résultats obtenus d'un grand nombre de cas où cet acide a été administré. 1° L'acide hydriodique, s'il est pur (quand il ne contient pas d'iode en solution), n'exerce aucune irritation locale lorsqu'il est suffisamment étendu ; 2° il est absorbé et pénètre tous les tissus de l'économie, et en sort par les sécrétions, absolument de la même manière que quand c'est l'iode pur qui a été administré ; 3° ses propriétés thérapeutiques ne diffèrent nullement de celles de l'iode.

L'acide hydriodique pur concentré, n'ayant aucune action irritante, peut être donné dans l'eau comme véhicule. Cependant, comme l'iode qu'il contient presque toujours en solution le rend irritant et en fait une préparation analogue à la solution de Lugol, qui ne peut être administrée qu'à une très-faible dose, j'ai pris la précaution de l'administrer dans une solution d'amidon comme véhicule. Par ce moyen, l'iode de l'acide décomposé se combine avec l'amidon et est introduit dans l'économie sous la forme d'iodure d'amidon.

c. Iodure de potassium.

Je me bornerai ici à faire connaître les doses auxquelles j'ai administré cette préparation de l'iode, afin de faire voir combien on est dans l'erreur relativement

à cette substance, que l'on considère comme vénéneuse. M. Magendie donne l'iodure de potassium à la dose d'un gros par jour, mais divisé en plusieurs prises. M'étant assuré qu'on peut donner avec une impunité complète la même dose en une seule fois, j'ai augmenté graduellement la quantité donnée jusqu'à deux gros, et enfin jusqu'à une demi-once ; et je ne doute pas qu'on ne puisse l'administrer encore à des doses plus élevées sans aucun inconvénient. La seule précaution que je prenais en administrant ces doses élevées, c'était de faire boire au malade une grande quantité d'une boisson délayante. Dans aucun cas ce médicament n'a agi d'une manière appréciable sur l'estomac ou les intestins ; il paraît qu'au contraire il est complétement absorbé.

L'objet des expériences dans lesquelles j'ai administré ces doses considérables d'hydriodate de potasse n'était pas seulement de déterminer jusqu'où elles pouvaient être élevées, mais aussi d'obtenir la solution de quelques questions relatives à son mode de diffusion dans les divers organes du corps ; car, lorsqu'on en fait entrer une aussi grande quantité à la fois dans l'économie, tous les fluides où il peut pénétrer doivent en être imprégnés. C'est en suivant cette méthode qu'il est facile de le découvrir dans le sang. Chez un jeune homme affecté de gonorrhée auquel j'avais fait prendre deux gros d'iodure de potassium, on observa avec soin l'urine, et, aussitôt qu'elle offrit des traces d'iode (ce qui arriva au bout de quatre heures), on lui fit une saignée du bras. En examinant le sang, on trouva que le sérum et le caillot étaient fortement imprégnés d'iode. La même dose fut donnée à un enfant qui avait une hydropisie du genou, et auquel on devait pratiquer la ponction de cette articulation. Cinq heures après qu'il l'eut prise, on fit une très-légère ponction par laquelle on retira douze onces de synovie à l'aide d'une ventouse. Cette synovie contenait une grande quantité d'iode. On donna un soir deux gros d'ydriodate de potasse, et autant le lendemain matin, à un vieillard qui avait l'une des plus volumineuses hydrocèles que j'aie vues, puis on lui pratiqua, quelques heures après qu'il eut pris la première dose, la ponction, qui donna issue à plus de trente onces de sérosité dans laquelle il y avait une grande quantité d'iode.

§ II. ACTION PHYSIOLOGIQUE DE L'IODE ET DE L'ACIDE HYDRIODIQUE SUR L'ÉCONOMIE ANIMALE.

Les effets physiologiques de l'iode n'ont pas été distingués avec assez de soin de ceux que produit l'acide hydriodique, bien que ces deux substances, considérées comme agents physiologiques, soient aussi différentes que le chlore et l'acide muriatique.

Les effets physiologiques de l'iode sont exactement les mêmes que ceux du chlore ; il agit comme irritant corrosif, déterminant l'inflammation et se combinant chimiquement avec les tissus sur lesquels il est appliqué. L'action locale simple est le seul effet que l'on puisse, à proprement parler, attribuer à l'iode non combiné, car il n'est pas probable qu'à cet état il soit absorbé et se mêle aux fluides en circulation. Les autres effets que l'on a attribués à l'iode sont ceux de l'acide hydriodique ou ce sont des effets secondaires de l'inflammation et de l'ulcération du canal alimentaire, produits par l'iode. C'est à ces derniers que l'on doit rapporter la série effrayante de symptômes qui a été décrite par les physiologistes sous le nom de *iodisme*, et qui ont été attribués, mais à tort, à l'accumulation lente du poison dans le corps. Ce qui vient surtout à l'appui de cette considération c'est que ces mêmes symptômes, que l'on a observés à la suite de l'emploi de l'iode sous des formes capables d'exciter une irritation locale, n'ont jamais été produits par cette substance lorsque, par sa combinaison avec l'amidon, elle avait été privée de sa propriété irritante. C'est au moins ce qui résulte des nombreuses observations recueillies par moi à l'hôpital et en ville, et de celles de plusieurs de mes confrères qui ont bien voulu me communiquer les résultats qu'ils avaient obtenus. Je puis, pour mon propre compte, affirmer que je n'ai jamais vu l'iode déterminer l'atrophie des testicules ni des mamelles, ou des palpitations, des syncopes, une débilité excessive, une respiration anxieuse et précipitée, des démangeaisons à la peau, des sueurs poisseuses et abondantes, l'augmentation des règles, ou l'aspect purulent de l'urine que l'on range au nombre des symptômes qui caractérisent la maladie que l'on nomme iodisme. Quelques-uns même de ces symptômes, tels que la diarrhée bilieuse, la diminution de la sécrétion salivaire, sont l'opposé des effets que j'ai observés à la suite de l'emploi de l'iode.

Quant aux effets de l'acide hydriodique il est probable que cet acide, à l'état concentré, est, comme l'acide muriatique un irritant corrosif ; mais étendu d'eau il perd toutes ses qualités irritantes. On doit cependant croire que même à cet état il n'est pas sans exercer quelque action locale sur le tube alimentaire et probablement il agit alors comme tonique. Après tout, l'analogie qu'il a avec les autres acides minéraux que l'on regarde généralement comme toniques, permet d'attribuer à l'acide hydriodique les effets toniques qu'un si grand nombre d'observateurs ont décrits comme résultant de l'emploi de l'iode.

L'acide hydriodique, soit qu'il ait été administré tout préparé ou qu'il se soit formé dans l'estomac est une substance d'une absorption extrêmement facile ; donné à une dose équivalant à deux gros d'iode pur il paraît avoir passé complétement dans les fluides en circulation. Mais quels sont les fluides avec lesquels il se mêle et par quelles voies est-il rejeté au dehors ? J'ai déjà dit que quand l'hydriodate de potasse est donné à la dose de deux gros le sang contient déjà au bout de quatre à six heures, une grande quantité d'iode. Mais aussi lorsqu'on donne l'iode à bien plus petite dose, bien que l'on en continue l'usage pendant beaucoup plus longtemps, on ne peut même, par l'analyse la plus minutieuse, trouver d'iode dans le sang ; on est donc obligé d'admettre que pour que l'iode pénètre dans le sang ou au moins y devienne appréciable, il doit être administré tout à coup en quantité considérable.

De tous les fluides sécrétés c'est l'urine qui a constamment offert l'iode en plus grande abondance. On y constatait sa présence quatre heures après que la première dose avait été prise, et quatre jours après la dernière. Dans quelques cas on l'y trouva même après le cinquième ou le sixième jour ; et, de quelque manière qu'il eût été administré, soit en une forte dose, soit au contraire que le sujet en prît depuis longtemps et que l'économie en fût comme imprégnée, on constatait sa présence pendant le même espace de temps. Après l'urine c'est la salive qui en offre la plus grande quantité. On l'a trouvé aussi constamment dans les larmes et dans

le mucus du nez ; bien que pour ce dernier il fût impossible de savoir s'il avait été réellement fourni par la membrane de Schneider ou par la glande lacrimale. Nous avons trouvé aussi l'iode dans le lait, mais en très-petite quantité, surtout si on la compare avec celle que contenaient simultanément l'urine et la salive. On a trouvé aussi l'iode dans le mucus sécrété par les poumons chez les individus atteints de bronchite chronique, mais il était difficile de déterminer si sa présence dans ce fluide n'était pas due au mélange de la salive.

On ne pourrait cependant conclure des faits précédents que l'iode se retrouve dans tous les fluides de l'économie ; nous avons déjà dit que le sang n'en offrait que dans certaines circonstances ; il y a encore d'autres fluides, où, malgré de nombreuses expériences, on n'a pu retrouver la moindre trace d'iode, et nous plaçons en première ligne la sueur. Quelques physiologistes ont, il est vrai, dit qu'on avait constaté la présence de l'iode dans ce fluide, mais je puis affirmer que dans des expériences multipliées et faites avec le soin le plus minutieux chez des sujets qui prenaient des doses énormes d'iode, et dont l'urine et la salive devenaient aussi noires que l'encre par l'épreuve chimique ordinaire, on n'a pu trouver la plus légère trace d'iode dans le liquide de la transpiration. Ce liquide était obtenu par l'emploi des diaphorétiques ou recueilli sur le front pendant que le sujet était dans un bain chaud. L'eau du bain dans laquelle le malade était plongé, examinée en même temps, ne fournissait pas d'autres résutats.

Un autre fluide dans lequel j'ai cherché l'iode dès mes premières expériences, c'est la matière purulente fournie par les ulcères, pour la guérison desquels on emploie l'iode avec succès; mais, dans aucune des nombreuses expériences, faites sur les malades complétement saturés d'iode, je n'ai pu trouver le plus léger indice de la présence de cette substance dans la matière purulente. L'absence de l'iode dans le liquide sécrété par la peau et les surfaces ulcérées est d'autant plus remarquable que cette substance jouit d'une efficacité incontestée dans le traitement de plusieurs maladies cutanées et de différents ulcères.

Tout l'acide hydriodique introduit dans le corps est rejeté au dehors par l'urine à l'exception de la petite quantité que contiennent la salive, le mucus nasal et le lait chez les femmes qui nourrissent. Mais comme la plus grande partie de la salive est avalée, l'iode qu'elle contient est absorbé une seconde fois par l'estomac et les intestins. Le même effet a lieu pour l'iode contenu dans les fluides qui sont absorbés par les surfaces exhalantes. Ainsi, après avoir décrit plusieurs circuits dans différentes directions presque tout l'iode introduit finit par s'écouler au dehors avec les urines. Nous avons déjà dit que le temps nécessaire pour cette évacuation complète est ordinairement de quatre jours.

La peau absorbe très-facilement l'iodure de potassium que l'on retrouve dans l'urine, comme lorsqu'il a été introduit par l'estomac, mais moins rapidement.

Quant à l'influence des préparations d'iode dont nous nous sommes occupé sur les organes de la digestion et de l'assimilation, elle n'était certainement pas défavorable ; au contraire, chez les malades qui prenaient ces médicaments aux doses les plus fortes, la langue était nette et d'une couleur normale ; l'appétit et la digestion n'avaient éprouvé aucun trouble, et dans beaucoup de cas l'état de ces fonctions était notablement amélioré. Des deux médicaments doués de propriétés altérantes énergiques, que nous possédons, l'iode et le mercure, le premier a sur le second l'important avantage de pouvoir être administré à haute dose, non-seulement sans inconvénient, mais encore avec une utilité réelle. L'iodure d'amidon détermine souvent de la constipation avec quelques coliques, et fréquemment aussi avec une décoloration des matières fécales qui deviennent blanchâtres. Le développement de ces accidents nécessite l'emploi d'un laxatif qui les fait disparaître. Dans quelques cas, mais rarement, l'iodure d'amidon a produit l'effet opposé ; il agit comme purgatif chez les personnes chez lesquelles les organes de la digestion sont faibles ; il est souvent nécessaire ou d'abandonner complétement l'usage de ce médicament, ou du moins d'en diminuer la dose.

On a dernièrement demandé si l'iode produit la salivation ; il résulte de mes expériences que cet accident n'arrive pas fréquemment, mais qu'on ne peut douter qu'il ne se présente quelquefois. Chez un homme qui avait pris 2, 864 grains d'iode en quarante deux jours, sous forme d'iodure d'amidon, on fut obligé d'abandonner cette médication à cause d'une salivation qui fut aussi abondante qu'aucune de celles que j'aie vues produite par le mercure, avec gonflement de la face et ulcération de la muqueuse buccale. Elle ne différa d'une salivation mercurielle qu'en ce qu'elle fut moins opiniâtre et cessa aussitôt que l'iode eut disparu de la salivation. Je n'ai jamais vu ce symptôme aussi prononcé dans aucun autre cas, mais je l'ai observé souvent à un moindre degré. L'homme qui l'avait éprouvé avait eu auparavant plusieurs salivations mercurielles.

Dans plusieurs cas le pouls prenait une certaine accélération au moment où l'économie commençait à être imprégnée d'iode; mais, dans le plus grand nombre, on ne remarquait rien d'appréciable sous ce rapport. Après tout, une des circonstances les plus remarquables de l'emploi de ce médicament, c'est l'absence de toute espèce de symptômes qu'on puisse lui attribuer. Les malades qui prenaient les doses les plus élevées sortaient et prenaient leurs aliments comme auparavant, en sorte que, si l'on n'avait tenu compte de l'état chimique de leurs sécrétions, et, dans beaucoup de cas, de la rapidité avec laquelle avaient disparu leurs maladies, on n'aurait pas pensé qu'ils fussent sous l'influence d'un traitement.

Pour ce qui est de l'efficacité relative de ces différentes préparations d'iode, l'iodure d'amidon, l'acide hydriodique et l'iodure de potassium, je suis porté à les placer dans l'ordre où elles sont énumérées ci-dessus. Cependant, il serait possible que la supériorité que j'accorde à la première tînt à ce que je l'ai employée beaucoup plus fréquemment que les autres ; du reste, elles agissent toutes de la même manière ; et le seul moyen d'expliquer la similitude d'action de substances d'une nature si différente, c'est de considérer l'acide hydriodique comme le principe actif, celui qui produit les effets physiologiques et thérapeutiques que l'on attribue ordinairement à l'iode. Nous avons déjà vu que l'iode pur est immédiatement converti, dans l'estomac, en acide hydriodique. Quant à l'hydriodate de potasse, il est évident qu'il doit être décomposé, partiellement au moins, dans l'intérieur des organes par les acides muriatique et phosphorique, et réduit par sa combinaison avec des bases plus faibles, la soude et la chaux, à un état peu différent de l'acide hydriodique. Mais la pré-

sence de la potasse ne doit pas être sans influence sur les phénomènes qui, dans cette occasion, se passent dans la profondeur des organes, et qu'une observation plus attentive fera sans doute connaître plus tard.

§ III. ACTION THÉRAPEUTIQUE DES PRÉPARATIONS D'IODE.

Il nous reste maintenant à signaler les maladies où l'emploi de l'iode et de ses préparations à haute dose à été suivi de succès. Les cas dans lesquels ce traitement a été suivi appartenaient à la syphilis, aux sibbents, aux scrophules ou bien aux différentes maladies de la peau telles que la lèpre, le psoriasis, l'ichthyosis, l'impétigo et le porrigo. Sur trente-sept malades auxquels nous avons administré l'iode sous l'une des formes que nous avons indiquées, nous choisissons ceux où l'action de ce médicament a été le plus évidente.

Affection scrophuleuse des articulations.

Obs. — J. Elliot, sellier, âgé de 24 ans, reçu le 4 août, rapporte qu'un an auparavant il se forma sur le dos de la main, au-dessus du pouce, un abcès qui s'ouvrit au bout de quelque temps et donna issue à une grande quantité de pus. Vers le même temps il se forma sur le pouce droit un abcès qui fut ouvert.

A l'époque de son admission il présente sur la main un vaste ulcère d'apparence scrofuleuse, recouvert sur quelques points par des portions de peau décollées et fournissant un pus de mauvaise nature; la main est le siége de douleurs lancinantes très-vives; sur un point de l'ulcère on distingue l'extrémité du premier os métacarpien qui est carié; sur le pouce on voit aussi deux ouvertures de la même nature mais à travers lesquelles on ne trouve pas l'os dénudé.

Le genou gauche présente en circonférence un pouce de plus que le droit, et c'est surtout au-dessus de la rotule que le gonflement est le plus remarquable; la tête du tibia est le siége de douleurs que la pression augmente beaucoup; la santé générale est assez bonne; diathèse strumeuse. (Huile de ricin, une once; vésicatoire sur le genou.)

Le 16 août. L'état du genou est beaucoup amélioré; l'ulcère de la main n'a éprouvé presqu'aucun changement. (Le malade prend trois fois par jour six grains d'iodure de potassium, et les doses sont augmentées successivement.)

Le 19. Le malade prenait trois doses de dix grains d'iodure de potassium chacune, et au bout de quelques jours il en prenait un gros par jour; son urine contenait une grande quantité d'iode; la plaie était presque cicatrisée; aucun os ne s'était détaché.

Le 14 septembre. L'ulcère était entiérement cicatrisé; le malade est renvoyé guéri.

Lépre et psoriasis.

Obs. — J. M. Lellon, ouvrier, âgé de 32 ans, reçu le 17 janvier, présente sur les extrémités une éruption qui avait commencé deux ans auparavant autour des genoux et des coudes sous forme de taches rondes avec une légère saillie et couvertes d'écailles d'un blanc brillant; maintenant elles sont réunies en masses, d'un gros volume, ridées, rouges et conservant quelque chose de la forme des écailles et séparées sur quelques points par des petites fissures. Le malade se plaint à peine de cet état, et, du reste, sa santé paraît bonne. (Iodure d'amidon, demi-once, à prendre trois fois par jour.)

Le 24 janvier. Les taches de la peau paraissent moins rouges et moins écailleuses; l'iode est bien supporté et n'a point déterminé de constipation; la dose est portée à une once.

Le 29 février. Les taches qui couvraient le tronc et les bras ont déjà disparu depuis quelque temps, et la peau de ces parties offre l'état normal; mais les extrémités inférieures présentent encore quelques plaques rouges avec des vestiges d'écailles. Depuis le 18 janvier, le malade a pris 96 onces d'iodure d'amidon qui équivalent à 4 onces 6 gros, 24 grains d'iode; le malade n'a éprouvé aucun inconvénient de ce traitement et l'iode a été retrouvé dans ses sécrétions.

Dans un autre cas de psoriasis le traitement fut également efficace, mais d'une manière moins prompte et moins évidente que dans celui que nous venons de parcourir.

Ichthyose.

Obs. — M. Donold, âgé de 19 ans, bottier, dit avoir observé il y a neuf jours, et trois jours après un coït impur, quelques petites pustules sur le gland. Comme elles ne lui causèrent aucune incommodité, il ne s'en occupa nullement. Quelques jours après, cependant, à la suite d'une débauche, il remarqua que le prépuce était gonflé et douloureux, et le lendemain il y avait un phymosis complet. Le gonflement s'étendit graduellement, envahit tout le pénis et était si considérable qu'au moment de son admission le gland ne pouvait être découvert. La verge était d'un rouge foncé et le prépuce offrait déjà une teinte livide surtout près de son sommet; les glandes de l'aîne étaient fortement engorgées; il y avait de la fièvre.

Tout le corps, mais spécialement la partie antérieure des cuisses, est couvert d'une éruption squammeuse; sur les cuisses et les genoux les squammes sont petites, épaisses, d'une couleur verdâtre et très-serrées; sur d'autres points elles sont grandes, minces et d'une nuance très-légère, et se détachant elles laissent la peau rugueuse et sensible; il affirme qu'il n'avait jamais eu auparavant de maladie vénérienne.

Au bout de quelques jours, et après que la partie antérieure de prépuce se fut détachée par la gangrène, qu'une autre portion eut été enlevée par le bistouri et que les plaies eurent pris un bon aspect, la peau offrant toujours le même état, le malade commence, le 12 mars, le traitement par l'iodure d'amidon à la dose d'une demi-once trois fois par jour, et le 15, aucun accident n'étant survenu, la dose est portée à une once.

Le 25. La plaie de la verge était presqu'entièrement cicatrisée; les squammes des membres étaient moins denses; le traitement était parfaitement supporté et l'urine contenait une grande quantité d'iode. On prescrit des bains chauds de 35 à 40 degrés R., mais le malade ne put les supporter au-dessus de 32 degrés, et on ne peut trouver la moindre trace d'iode dans la sueur qui s'écoule de son front ni dans l'eau du bain.

Il sort entièrement guéri le 28 avril.

L'efficacité du traitement employé dans le cas précédent ne peut point être douteuse, bien qu'il nous soit

resté quelques doutes sur la nature de la maladie, car le sujet, parlant très-mal l'anglais, nous n'avons pu nous assurer exactement si ce psoriasis n'était pas consécutif à quelque maladie vénérienne antérieure à celle pendant le cours de laquelle il a apparu. Au reste, cette circonstance est peu importante, car la même médication employée chez des sujets qui étaient affectés des symptômes secondaires de syphilis, a eu le même succès. Ainsi chez un homme chez lequel la syphilis remontait à trois années, qui avait fait plusieurs traitements par le mercure et les sudorifiques, et qui présentait un gonflement du tibia et du cubitus avec une ulcération ayant tous les caractères vénériens, le traitement par l'iode à haute dose eut un succès complet, mais après avoir déterminé du gonflement à la face et une salivation peu opiniâtre. Il est remarquable que, pendant que dura cet accident, la salive contint autant d'iode que l'urine.

Ayant constaté l'efficacité de l'iode dans le traitement de la syphilis consécutive, nous dûmes penser, d'après l'analogie qui existe entre les deux maladies, qu'il ne serait pas moins utile contre les sibbens. Le fait suivant nous a prouvé que nous ne nous étions pas trompé.

Sibbens guéri par l'iode à haute dose.

Obs. — Mac Grégor, âgé de 39 ans, fermier, dit n'avoir jamais eu de maladie vénérienne; il attribue la maladie dont il est atteint à ce qu'il a mangé au même plat et fumé à la même pipe qu'un individu atteint de sibbens. Le côté gauche de l'isthme du gosier présente une ulcération superficielle occupant à la fois les deux piliers, l'espace qui les sépare et la partie antérieure de la luette; les bords en sont légèrement élevés; la surface en paraît indolente et couverte d'une exudation jaunâtre; la luette est très-abaissée et inclinée à droite, par suite de la destruction d'une partie du côté gauche du voile du palais; les parties qui entourent l'ulcère sont d'un rouge foncé; l'origine de cet ulcère paraît remonter à trois mois et demi; il fut traité dans le commencement, avec avantage, par le mercure; mais au bout de 15 jours, l'amélioration s'arrêta et l'ulcère prit une étendue beaucoup plus grande que celle qu'il avait auparavant.

Le 12 avril. Le malade commence à prendre l'iodure à la dose d'une demi-once trois fois par jour.

Le 15. La dose est portée à une once trois fois par jour.

Le 14 mai. Il sort complètement guéri.

N° 2. — 14 JANVIER.

Mémoire pour servir à l'histoire du délire, des convulsions et de l'épilepsie, déterminés par le plomb et ses préparations; par V. Nivet, interne des hôpitaux, membre titulaire de la Société anatomique.

DEUXIÈME PARTIE. — DU DÉLIRE ET DES CONVULSIONS.

(Voir le n° du 26 novembre 1836, tome XI).

§ I. *Observations particulières recueillies dans le service de* M. Martin Solon.

Colique saturnine; délire passager; récidives; guérison.

Obs. I. — Le 20 juin 1835 est entré, au n°. 121 de l'hôpital Beaujon, le nommé Levasseur, âgé de 27 ans, ouvrier à la fabrique de blanc de céruse de Clichy.

Ce malade est sujet depuis fort longtemps à éprouver des palpitations de cœur.

Il a commencé à travailler au blanc de céruse, le 12 avril 1835. Sa maladie date du 28 avril de la même année. A cette époque il présenta les symptômes suivants: Perte d'appétit; nausées; vomissements; coliques; constipation.

Le 5 juin, il entra à l'hôpital de la Charité, dans le service de M. Lherminier, où on lui administra le traitement de la Charité.

Le 14, il en sortit incomplétement guéri. Les garde-robes étaient faciles, mais l'appétit n'était pas revenu, et il restait encore de légères coliques.

Il rentra à la fabrique où il resta sans travailler; et cependant le 18, à midi, après un repas assez copieux, des coliques très-vives se manifestèrent. Les jours suivants, insomnies, agitation continuelle.

Le 19, vomissements.

Le 20, ce malade était dans l'état que nous allons décrire: La bouche est mauvaise, amère; la langue naturelle; on remarque une teinte ictérique peu prononcée de la face et des yeux; les dents sont jaune-noirâtre à leur base; plusieurs vomissements de matières bilieuses ont eu lieu aujourd'hui; l'épigastre est le siége de douleurs très-vives qui diminuent lorsque le malade se couche sur le ventre; la respiration est gênée; le pouls naturel; 60 puls.

Prescription: Limonade; hydrocl. de morphine, 3/8 grain; deux lavements purgatifs composés; cataplasmes laudanisés sur le ventre; diète.

Les vomissements spontanés se sont renouvelés pendant la journée; ce malade a rendu à la suite de ses lavements deux garde-robes renfermant des matières dures, noirâtres et arrondies; les coliques sont toujours aussi vives.

On entend dans la région précordiale un bruit de soufflet qui suit le premier bruit et s'arrête immédiatement au moment du second.

L'impulsion du cœur n'est pas très-forte.

Le 21, l'épigastre est douloureux à la pression, mais l'absence de fièvre a empêché de mettre des sangsues sur l'abdomen. Les coliques persistent; le malade n'a pas dormi; il fait entendre des plaintes continuelles.

Même prescription; l'hydrochlorate de morphine est remplacé par un demi-grain de codéine.

Peu de temps après la visite, avant qu'on eût commencé le traitement, il a été pris de délire; il agitait continuellement sa tête et ses membres; il se plaignait du ventre; les yeux sont hagards; il a eu un vomissement de matières verdâtres et amères. L'agitation et le délire ont augmenté lorsqu'on a appliqué des sinapismes. Vers cinq heures du soir, il avait repris sa raison. Comme il souffrait beaucoup, on a ajouté à sa prescription un demi-grain d'hydrochlorate de morphine en poudre.

Le 22, après avoir pris sa poudre ses coliques ont été calmées, mais elles se sont renouvelées ce matin, ainsi que les vomissements; il a rendu deux garde-robes; la respiration est un peu moins gênée.

Même prescription.

Le 23, les vomissements ont cessé; il a eu trois selles, mais il se plaint d'avoir éprouvé des crampes dans le mollet gauche.

Même prescription.

Le 24, même état. Même prescription.

Le 25, les coliques ont cessé ; les selles sont régulières ; le malade se plaint seulement d'éprouver des douleurs légères au niveau des articulations du membre supérieur.

Le 26, le mieux se soutient.

Le 27, à la suite d'un lavement purgatif, il a rendu cinq garde-robes formées par des matières jaunâtres, presque liquides. Les coliques ont complétement cessé; la teinte ictérique de la conjonctive est à peine sensible.

Lavement purgatif, quart.

Le 1er juillet 1835, le malade a voulu sortir ; il était alors presque entièrement rétabli.

Après sa sortie, il n'est pas retourné à la fabrique de céruse, il a travaillé dans une fabrique d'huiles, et cependant, le 12 juillet, deuxième récidive, perte d'appétit, nausées, coliques, constipation.

Le 14 et 15, vomissements.

Le 16 cet homme est rentré à l'hôpital Beaujon, où il a présenté les symptômes suivants : Vomissements de matières jaunes et amères ; langue humide, jaunâtre à la base ; teinte ictérique légère de la face et des yeux ; épigastre douloureux ; la douleur augmente par la pression, douleurs vives au niveau des articulations des membres ; crampes dans les mollets ; fourmillements douloureux dans la plante des pieds ; insomnie ; pouls naturel ; respiration gênée.

Le traitement a été le même. Lavements purgatifs et préparations opiacées.

Guérison.

Colique saturnine ; délire furieux ; mouvements convulsifs ; guérison. Observation communiquée par M. Martin-Solon.

Obs. II. — Le 5 février 1834 est entré, au n° 117 de l'hôpital Beaujon, le nommé Bezanges, âgé de 33 ans, ouvrier à la fabrique de blanc de céruse de Clichy.

Ce malade est d'un caractère naturellement doux, mais il a l'habitude de s'enivrer. A son arrivée à l'hôpital, il était dans l'état suivant : délire, regard menaçant, yeux hagards, pupilles un peu resserrées, si on lui fait quelques questions, il crie, jure, tempête ; il y a chez lui une exaltation considérable de la sensibilité et s'il n'était retenu par la camisole de force, il se précipiterait sur les personnes qui l'entourent.

Le ventre paraît douloureux à la pression.

On prescrit un lavement purgatif, et un quart de lavement avec addition de laudanum de S. 15 gouttes.

Le 6 février. Il a été assez tranquille pendant la nuit, mais le matin le délire a reparu ; le pouls est assez fort, n'est pas plein, il est un peu fréquent (108 pulsations à la minute). 30 sangsues derrière les oreilles ; compresses froides sur le front ; deux quarts de lavements avec 12 gouttes de laudanum ; limonade sulfurique ; diète.

Le 7 février. Il a repris connaissance pendant la journée d'hier, mais il a déliré et a été très-agité pendant la nuit ; ce matin l'intelligence est complétement anéantie ; le malade est dans un état de somnolence ; la fréquence du pouls a beaucoup diminué (68); le ventre paraît douloureux.

30 sangsues sur le ventre.

Le 8. Il a passé une assez bonne nuit; la connaissance est complétement revenue ; c'est alors qu'on a recueilli les renseignements qui suivent :

« Il travaille depuis sept à huit mois à Clichy, il a eu » précédemment deux coliques de plomb ; la dernière » a été traitée à l'Hôtel-Dieu. Sorti guéri au bout de » 13 jours, il retourna travailler à la préparation de la » céruse jusqu'au début de la maladie dont il est actuellement atteint. Cette dernière affection est survenue tout à coup, il ne se rappelle pas ce qui lui est » arrivé avant son entrée à l'hôpital Beaujon. »

Voilà, du reste, l'état dans lequel se trouvait ce malade lorsqu'il nous a donné ces renseignements ; il se plaint d'éprouver une céphalalgie légère ; les pupilles sont largement dilatées ; le pouls est normal (72) ; la bouche amère ; le ventre douloureux ; des nausées, des coliques vives tourmentent ce malade ; la langue est rosée à sa pointe, chargée à sa base d'un enduit muqueux ; il n'est pas allé à la garde-robe depuis 24 heures.

Huile de ricin, 3 onces ; cataplasmes laudanisés sur le ventre ; limonade sulfurique ; diète.

Le 9, il est allé plusieurs fois à la selle ; les coliques sont beaucoup moins vives ; l'intelligence est tout à fait revenue.

Huile de ricin, 4 onces.

Le 11, l'amélioration se soutient ; le ventre est peu douloureux.

Le 12, le ventre est indolent quoique le malade n'ait pas eu d'évacuation alvine depuis hier.

Lavement émollient.

Le 14, récidive légère, le ventre est redevenu douloureux, mais la pression diminue la douleur ; le malade a rendu deux garde-robes hier ; la langue est naturelle ; la soif peu vive ; l'appétit nul.

Trois lavements purgatifs composés ; diète.

Le soir, les douleurs abdominales avaient acquis une intensité telle, que l'élève de garde a cru devoir faire appliquer sur le ventre 40 sangsues ; elles ont coulé beaucoup et n'ont amené aucun soulagement.

Le 15, un léger érysipèle s'est développé autour des piqûres ; l'ombilic est très-douloureux ; la soif peu vive ; le pouls naturel ; la peau n'est pas chaude ; deux garde-robes ont été évacuées hier au soir.

Trois lavements purgatifs composés ; bain ; julep avec addition de sirop diacode, une once ; ext. d'opium, 2 grains.

Le 16, les symptômes se sont amendés.

Prescription de la veille.

Le 17, l'amélioration se soutient ; les évacuations alvines se sont rétablies.

Le 18, le malade a eu une perte de connaissance accompagnée de mouvements convulsifs, qui a duré près d'un quart d'heure.

Même prescription ; pédiluve sinapisé.

Le 19, les accidents nerveux ne se sont pas reproduits ; deux selles ont été rendues par le malade.

Même prescription.

Le 20, le malade a mangé et bientôt après les douleurs abdominales sont revenues.

20 sangsues sur le ventre.

Le lendemain la douleur abdominale n'a pas diminué ; la bouche est toujours mauvaise.

Bain ; lavement laudanisé.

Le 22, pas de garde-robe ; même état.

Le 23, le malade n'a pas eu d'évacuation alvine.

Lavement purgatif composé.

Le 24, coliques très-vives ; décubitus sur le ventre ; figure grippée ; les douleurs n'augmentent pas par la

pression ; bouche mauvaise ; langue jaune à la base ; haleine fétide ; apyrexie ; insomnie.

Ipécacuanha, vingt-quatre grains ; lavement émollient ; ext. d'opium, un grain, diète.

Le 25, l'ipécacuanha a provoqué trois vomissements ; le malade s'est trouvé beaucoup mieux ensuite ; il a bien dormi.

Lavement purgatif ; potage.

Le 26, le ventre est toujours douloureux ; un cataplasme sinapisé appliqué dessus ne produit aucune amélioration ; pendant la nuit ce malade a ressenti quelques crampes dans les jambes.

Quatre ventouses sur l'abdomen ; bain ; julep avec addition de sirop diacode, une once.

Le 28, les coliques ont presque complétement cessé ; les jours suivants le malade entre en convalescence, et le 8 mars il est sorti complétement guéri.

Coliques saturnines ; délire ; mouvements convulsifs tétaniques ; paralysie.

Obs. III. — Le nommé Lestrade, qui fait l'objet de cette observation, est âgé de 37 ans ; il a commencé à travailler au blanc de céruse, à Courbevoie, au mois de décembre 1834.

Pendant son enfance, il a eu une variole confluente ; depuis cette époque, il s'est toujours bien porté.

Au mois de février 1835, il est entré à l'hôpital Beaujon, dans les salles de M. Renauldin, pour une colique saturnine peu intense, et il a été traité par les sangsues et les lavements émollients.

A sa sortie de l'hôpital, il a travaillé de nouveau à la préparation de la céruse, et, le 9 mars, il est rentré à Beaujon, dans le service de M. Martin-Solon. Il présentait alors les symptômes suivants : coliques très-vives ; vomissements de matières verdâtres et amères ; crampes dans les jambes et les bras. Les garde-robes étaient naturelles. Ce malade a été traité par les lavements purgatifs, et il est sorti guéri le 19 mars 1835.

Huit à dix jours après, il se remit de nouveau à manier des préparations de plomb, et, vers le 5 juin, il fut obligé de cesser d'aller à la fabrique, parce qu'il ressentait des douleurs vives dans les membres.

Cet homme n'a jamais travaillé à la préparation du minium.

Rentré à l'hôpital Beaujon le 13 mars 1835, il fut placé au n. 117. Il était dans l'état que nous allons décrire. La figure était pâle, jaunâtre, étirée ; la conjonctive et le pourtour du nez et de la bouche offrent une légère teinte ictérique ; la bouche est amère, l'haleine fétide, la langue naturelle, humide, jaunâtre à la base. Depuis cinq jours il se plaint de coliques légères ; l'abdomen est douloureux, surtout à la pression. Il a rendu hier des matières jaunes qui n'étaient pas très-dures. Pas de céphalalgie ; pouls naturel ; dyspnée ; sensation de constriction douloureuse à la base de la poitrine ; crampes et douleurs dans les bras et les jambes. Ces derniers symptômes ont précédé les coliques. La plante des pieds est très-douloureuse lorsqu'il appuie dessus.

On prescrit deux lavements purgatifs.

Le 14, il est à peu près dans le même état ; il est allé deux fois à la selle depuis hier au soir.

Même prescription.

Le 15, le ventre est rétracté ; aux symptômes déjà annoncés nous devons ajouter de légers mouvements convulsifs dans les muscles de la face, qui surviennent lorsque le malade veut parler. Les mouvements des bras sont accompagnés de tremblements ; ils sont mal assurés.

On continue l'usage de la limonade et des lavements purgatifs.

Le 16. Depuis hier au soir il est dans un état de délire continuel ; il s'agite, se découvre ; il veut quitter l'hôpital ; il n'a pas dormi un seul instant. On a été obligé de lui mettre la camisole de force. La figure est couverte de sueur.

Les mouvements convulsifs de la face ont augmenté, mais la sensibilité est conservée.

On ajoute à sa prescription un julep avec addition d'extrait de valériane, un gros.

Il a été plus tranquille pendant la journée. Comme il était continuellement poursuivi par le désir de fumer, on lui en a accordé la permission.

Le 17, le pouls est plus fréquent (112) ; les pupilles sont un peu dilatées ; le délire et l'agitation continuent. Après son lavement, il a eu deux garde-robes molles, jaunâtres.

Prescription : Limonade ; julep avec extrait de valériane, un gros ; un quart de lavement de laudanum de Sydenham, huit gouttes.

Le 18, même état ; pas de garde-robe.

On ajoute à la prescription de la veille un lavement purgatif.

Le 19, il est allé plusieurs fois sous lui ; le délire et les mouvements convulsifs ont augmenté après l'administration du lavement ; il ne reconnaît plus personne ; il croit voir des animaux à la broche.

Même prescription ; mais on prescrit en outre deux bains d'affusion. Pendant qu'on administrait le premier bain, il a eu des contractions générales comme tétaniques, avec renversement de la tête en arrière. On le soulevait tout d'une pièce, comme une statue.

A l'époque du second bain, les contractions se sont renouvelées.

Le 20, il a été plus tranquille, ensuite il a dormi quelques heures ; mais bientôt le délire est revenu. L'agitation est moins grande ; la contractilité est un peu affaiblie ; le malade serre la main moins fort que la veille ; la sensibilité est conservée ; le pouls est toujours fréquent (104).

Limonade, julep, extrait de valériane, 1 gros ; extrait d'opium, 4 grains.

Le 21. Il a été peu agité pendant la nuit d'hier, mais il a déliré toute la nuit ; les infirmiers disent qu'il a de fréquentes érections. Les mouvements des bras sont mal assurés, précédés de tremblements, de mouvements irréguliers, désordonnés, semblables à ceux qu'on observe dans la chorée ; la parole est faible et tremblottante ; il est souvent assoupi, et alors il est dans un état d'immobilité complète.

Lorsqu'on fixe son attention, il paraît bien comprendre les questions qu'on lui adresse.

Même prescription ; vésicatoire à la nuque.

Le 22. Il est moins assoupi qu'hier au soir ; l'affaiblissement des muscles augmente ; il ne peut plus soulever ses bras ; abandonné à lui-même, il délire, voit des cavaliers avec lesquels il cause. Le pouls est un peu moins fréquent (94) ; le vésicatoire a bien pris.

Sinapismes aux jambes.

Le 23. Il a crié toute la nuit, s'est plaint du vésica-

toire ; il n'a pas eu de garde-robe depuis hier. L'affaiblissement musculaire est plus marqué pour le deltoïde que pour les autres muscles.

On ajoute à la prescription un lavement purgatif et un bain d'affusion.

Il a été plus calme après son bain.

Le 24, il se plaint d'éprouver des douleurs vives dans la jambe gauche ; il est du reste dans le même état.

Même prescription.

Le 25, la pression du ventre paraît douloureuse ; il a eu une garde-robe ce matin.

Le 26, il demande à manger ; il a bien dormi ; mais il est souvent assoupi pendant la journée, et lorsqu'il se réveille, il parle seul, ou bien il répond à tout ce que disent ses voisins entre eux ; le plus souvent ses réponses n'ont aucun sens.

Le 27, le malade dit que, quand il se réveille, il voit des choses bizarres, extraordinaires, mais le délire cesse lorsqu'il est bien éveillé ; le ventre est moins douloureux ; il a bien dormi.

On panse le vésicatoire avec un demi-grain de strychnine.

Le 28, il ne délire plus lorsqu'il est bien éveillé ; il se plaint de souffrir dans la tête, le ventre et les jambes.

Même prescription.

Le 29, il va mieux ; il se trouve moins faible ; il dit avoir éprouvé une secousse dans le bras pendant la nuit. Il est allé à la garde-robe hier soir, il ne se plaint plus du ventre.

Le 30 même état.

Le 1er juillet, la paralysie des bras diminue un peu ; il a pu soulever un peu le bras gauche ; la sensibilité est conservée.

On prescrit à l'intérieur un quart de grain de strychnine.

Le 2, il a eu deux garde-robes ; il ne souffre plus dans les membres ni dans le ventre ; le pouls est peu fréquent, 84 puls.

Même prescription ; potages.

Le 3, il a éprouvé de légères secousses dans le bras pendant la nuit. Il éprouve une raideur douloureuse dans tous les membres. L'appétit est conservé.

Un quart de grain de strychnine, et le quart d'aliment.

Le 4, ce malade s'est levé seul pour uriner, et il a pu se recoucher sans qu'on l'ait aidé. Lorsque nous l'avons vu à cette époque nous avons été étonné des changements qui se sont opérés dans sa constitution.

La peau est très-pâle, sa couleur tire un peu sur le jaune paille ; tout le corps est considérablement amaigri ; les saillies osseuses de la face sont très-marquées, les membres sont émaciés, desséchés ; les mouvements mal assurés ; il ne peut écarter les bras du tronc ; le deltoïde paraît complètement paralysé ; ses jambes peuvent à peine le soutenir, elles plient sous lui lorsqu'il reste quelques instants debout ; on croirait voir un individu affecté depuis longtemps de fièvre hectique.

La dose de strychnine a été graduellement augmentée jusqu'au 8 ; à cette époque on lui donna un demi-grain de ce médicament.

Le lendemain il nous dit qu'il avait éprouvé des secousses dans tout le corps et des douleurs vives dans les membres inférieurs.

Le 9, on a porté la dose de la strychnine à un grain, à prendre en deux fois.

On a continué jusqu'au 17. On lui a prescrit alors un grain et demi.

On remarque que l'état du malade est un peu amélioré. Les mouvements des bras ne sont pas précédés de tremblements aussi prononcés, ils sont aussi un peu plus étendus.

Le 20, le malade nous dit que les douleurs sont tellement vives qu'elles l'empêchent de dormir ; on ajoute alors à sa prescription des frictions avec le liniment suivant : huile, une once ; extrait de stramonium, un gros.

Après avoir fait ses frictions, il a été un peu soulagé.

Du 21 au 13 août, on a remplacé la strychnine par un julep, renfermant d'abord deux grains d'extrait de stramonium, et plus tard, on a porté graduellement la dose à six grains.

Voilà les symptômes observés pendant son administration. Cessation des douleurs déterminées par la strychnine ; un peu de pesanteur de tête ; quelques rêves insignifiants. Une seule fois, le 7 août, après avoir pris une potion renfermant six grains, il a éprouvé des coliques qui avaient cessé le lendemain, et qui ne se sont pas renouvelées lorsqu'il a pris sa potion.

Pendant les derniers jours, sa potion lui inspirait du dégoût ; il nous dit qu'elle lui ôtait l'appétit.

Le 13 août, on a repris l'usage de la strychnine à la dose d'un quart de grain. Il était dans l'état suivant : il peut rester assis sur une chaise sans être soutenu ; lorsqu'il se lève et fait quelques pas autour de son lit, il est tellement fatigué ensuite que sa peau se couvre de sueur.

Cette dose a été continuée jusqu'au 17.

Le 18, on a prescrit un demi-grain.

Le 19, trois quarts de grain.

Le 20, la dose a été portée à un grain et continuée jusqu'au 28 août.

Mais on a été obligé de suspendre ce médicament le 24, pour laisser reposer ce malade.

Nous devons dire que toutes les fois qu'il prenait une dose de strychnine un peu forte ; les douleurs dont les membres devenaient le siége, rendaient les mouvements difficiles, et que lorsqu'on suspendait l'usage de ce médicament, les mouvements devenaient plus libres qu'avant le traitement, mais ce n'est qu'à la longue que cette amélioration est devenue apparente.

L'on a cessé toute espèce de traitement jusqu'au six septembre.

Du 6 au 12, on a prescrit tous les jours un demi-grain de strychnine en deux fois.

Le 13, on ordonne trois quarts de grain.

Les mouvements commencent à se rétablir dans les membres, mais la paralysie du deltoïde n'a pas diminué.

Le 15, on suspend l'usage de la strychnine à cause des douleurs et de l'insomnie.

Le 23, on donne de nouveau trois quarts de grain, mais les douleurs des membres qui sont revenues peu de temps après l'administration sont tellement vives, qu'on cesse de nouveau.

Le 16, on prescrit un grain.

Le 27, ce malade nous dit qu'après chaque dose un peu forte de strychnine, il éprouve d'abord des démangeaisons au nez, de l'ardeur à la peau de la face, et qu'il ressent ensuite des secousses dans le tronc et les membres, et des douleurs excessivement vives dans les membres, surtout les pelviens. (Le voisin de cet homme qui prend aussi de la strychnine pour une paraplégie, nous affirme qu'il éprouve les mêmes phénomènes avant de ressentir les secousses.)

Les jours suivants on a continué l'usage de la strych-

nine à la même dose, mais le 30 on a été obligé de cesser ce médicament, toujours à cause des douleurs.

L'on a recommencé de le prescrire à la dose d'un grain depuis le premier octobre jusqu'au 6 novembre : elle n'a été suspendue que le 8 et le 24 octobre.

Nous avons noté le 24 que les forces reviennent et que l'émaciation diminue.

Le 6, le muscle deltoïde commence à se contracter un peu, le bras peut être écarté à la distance de deux ou trois pouces, le scapulum étant maintenu immobile.

Le 7, l'emploi de la strychnine a été cessé et l'on a prescrit des frictions avec un liniment ammoniacal.

Le 9 décembre, ce malade fut pris d'une laryngite assez intense, on lui appliqua 35 sangsues et cinq jours après il était complétement guéri de cette maladie.

Jusqu'au 30 décembre 1835, les frictions excitantes ont été faites tous les jours; à cette époque il était dans l'état suivant :

Il marche une partie de la journée, commence à aider à balayer la salle; il a repris de l'embonpoint; il peut écarter les bras du tronc, mais moins qu'avant sa maladie; les deltoïdes sont atrophiés; il se porte bien du reste et va tous les jours de mieux en mieux; la sensibilité est toujours intacte et l'intelligence bien conservée.

Colique saturnine; douleur dans l'aîne; délire d'abord furieux, plus tard, tranquille; attaque épileptiforme; paralysie légère des bras; guérison.

Le 1er avril 1835, est entré au n° 126 de l'hôpital Beaujon, le nommé Berville, âgé de 43 ans, chapelier; il a abandonné son état pour entrer au Pecq, à la fabrique de céruse, il y a cinq ans. Depuis cette époque, il a eu six fois la colique de plomb. La dernière colique a été traitée à l'hôpital Beaujon au mois de janvier dernier. Après sa sortie, il est retourné à la fabrique, où il a travaillé de nouveau jusqu'au 28 mars. Il quitta alors le Pecq parce qu'il avait des coliques.

A l'époque de son entrée, le 1er avril, ce malade se plaignait d'une douleur vive qui avait son siége dans l'aîne droite et le long du cordon testiculaire, d'éprouver quelques coliques et d'être constipé.

Prescription : Lavement purgatif composé; bain.

Le 2 avril, il est allé plusieurs fois sur la garde-robe, mais on ne sait pas s'il a rendu des matières fécales; pendant la nuit il a eu un peu de délire. Les renseignements donnés par le malade étaient si incomplets, que ce symptôme est le premier signe qui nous fit soupçonner la gravité de la maladie.

Le 3. Il a été assez calme pendant la journée d'hier; mais le soir, le délire a reparu, et pendant toute la nuit ce malade a été très-agité. On a été obligé de lui mettre la camisole de force parce qu'il voulait se jeter hors de son lit.

Le 4. Le délire et l'agitation n'ont pas cessé depuis hier matin; ils ont augmenté pendant la nuit; plusieurs fois il est devenu furieux parce qu'on l'avait attaché; il a injurié et menacé ceux qui l'entourent; il ne se plaint d'aucune douleur ni dans la tête, ni dans le ventre, mais indique toujours la région inguinale comme étant la seule partie qui soit douloureuse. Les pupilles sont naturelles, contractiles; la soif est vive, la langue humide, blanche à la base; il a eu deux garde-robes molles. Le pouls est assez large (72).

Prescription : Chiendent; quart de lavement avec addition de 12 gouttes de laudanum de Sydenham.

Le 5, il a été plus calme après l'administration du lavement; il a un peu dormi, et ce matin quelques-unes de ses réponses paraissent exactes; les pupilles sont contractées; la peau est couverte de sueur; il n'est pas allé à la selle.

Même prescription.

Le 6, il a rendu une garde-robe après son lavement; le délire a augmenté pendant la nuit; la myotilité est diminuée dans les membres thoraciques; la sensibilité est très-peu affaiblie; l'appétit est conservé.

Même prescription.

Le 7, l'agitation et le délire ont été moins considérables; le malade est du reste à peu près dans le même état.

Vésicatoire sur la région occipitale; 12 pilules renfermant : extrait de valériane, extrait de quina, demi-gros de chaque.

Le 8. A la suite de l'application du vésicatoire qu'il a cherché à arracher à plusieurs reprises, l'agitation et le délire ont augmenté; le soir, il a été plus calme; mais, au milieu de la nuit, il a été pris d'une attaque avec mouvements convulsifs, dont nous n'avons pas été témoin. Il n'y avait pas d'écume à la bouche. Cette attaque a duré près d'une demi-heure. Le pouls est un peu plus fréquent (80). Ce malade n'est pas allé à la garde-robe hier.

Même prescription, moins le vésicatoire qui a très-bien pris.

Le 9, l'état de la myotilité et de la sensibilité est toujours le même; le malade se plaint toujours de souffrir dans l'aîne.

Le 10. Il nous a dit hier soir que, pendant la journée, il avait éprouvé une céphalalgie tellement vive, qu'il ne voyait plus rien. Il a assez bien dormi, et a rendu une garde-robe.

Même prescription.

Le 11. Son état s'est aggravé cette nuit; on a été obligé de l'attacher; il n'a pas eu de nouvelle garde-robe depuis hier matin.

Huile de ricin, 2 onces; huile de croton, 2 gouttes; lavement avec laudanum, 12 gouttes; toujours les pilules avec la valériane et le quina.

Le 12. Après avoir pris l'huile de ricin, il a eu trois évacuations abondantes; il a été plus tranquille depuis; cependant le délire n'a pas cessé depuis hier soir; il accuse toujours de la douleur dans l'aîne droite; l'état général est à peu près le même.

Prescription de la veille, moins le purgatif.

Le 13, il a été plus tranquille; il est du reste dans le même état.

Du 14 au 20, son état a peu varié; il est tranquille pendant le jour; il délire une partie de la soirée et de la nuit; vers le matin il dort un peu. On continue toujours les un quart de lavement avec le laudanum et les pilules avec les extraits de quinquina et de valériane. Cependant jamais le malade n'a repris complétement l'usage de ses facultés intellectuelles; l'agitation a complétement cessé.

Le 20, ce malade nous raconte que chaque jour il voit un oiseau qui vient se percher sur les traverses des rideaux de son lit; il a même cherché à le saisir, et il a pris en place la plaque sur laquelle est gravé le numéro de son lit. Plus tard, il s'est levé, il s'est promené dans les salles et les escaliers de l'hôpital sans savoir où il

était. On lui a mis la camisolle pour éviter qu'il ne lui arrive quelque accident, et il nous a assuré que c'est un gilet de chasse que lui a envoyé un monsieur de sa connaissance.

Il divague sur tout, mais son délire est tranquille comme celui de certains fous.

Le 21, on n'observe aucun changement sensible.

Il est allé à la garde-robe, mais on a été obligé de le sonder pour le faire uriner.

Le 22, il se plaint toujours d'éprouver de la douleur dans la région inguinale et dans les bras qui sont plus faibles qu'autrefois; il arrive par moments que cette faiblesse est tellement grande que ce malade ne peut pas soulever son pot de tisane; la sensibilité est à peine affaiblie.

Comme il va difficilement à la selle, on lui prescrit un lavement purgatif composé.

Du 23 au 28, il est tranquille, dort une partie de la nuit, mais le délire et les hallucinations de la vue continuent; il voit tous les jours l'oiseau qui vient se percher sur son lit.

On continue à lui donner des lavements purgatifs tous les deux jours, et l'on a substitué aux pilules un julep avec un gros d'extrait de valériane. On a appliqué un second vésicatoire à la nuque; le pouls est naturel (68).

Il demande à manger; on lui donne le quart d'aliment.

Le 29. Il a vu un bras d'homme s'avancer vers lui; il a voulu le saisir, mais il avait disparu. Il nous raconte cette vision avec beaucoup de gaîté, et ne paraît pas avoir été effrayé par cette apparition.

Le 1er mai, l'affaiblissement des bras engage M. Solon à lui donner de la strychnine; on en prescrit un huitième de grain; le délire n'est plus continu, il fait souvent des réponses raisonnables.

Le 2, aucun symptôme n'a annoncé l'effet de la strychnine.

Même prescription; la demie d'aliments.

Ce n'est que le 4 mai qu'il a éprouvé une secousse assez forte dans la jambe droite.

Le 6, il est descendu la veille dans le promenoir; il n'a plus d'hallucinations; le délire paraît aussi avoir cessé. Ses forces augmentent; la faiblesse des bras est moins marquée. Il n'a pas eu de secousses, mais il éprouve des douleurs dans les membres inférieurs.

Un quart de grain de strychnine.

Le 7, les douleurs et les tiraillements qu'il a éprouvés, surtout dans le membre pelvien gauche, ont été si vives qu'il n'a pas pu dormir; mais il se sert beaucoup mieux de ses bras.

Le 8, aux douleurs se sont ajoutées quelques secousses dans les membres. Il va assez bien du reste.

On suspend la strychnine.

Le 9, le malade ne délire plus du tout; il se rappelle bien ses hallucinations; il pense maintenant qu'il se trompait, puisque nous n'avons pas vu les mêmes choses que lui; mais il nous assure, qu'à l'époque qu'il disait voir un oiseau, il était bien persuadé qu'il était sur son lit. Douleurs dans la jambe gauche. On a appliqué un vésicatoire sur le trajet du nerf grand sciatique du côté gauche, qui paraît être le siége de la douleur, et on le panse avec un quart de grain d'hydrochlorate de morphine jusqu'au 20 mai. A cette époque les douleurs s'étaient fixées sur le nerf poplité externe. On réapplique un vésicatoire sur la partie supérieure de ce nerf.

Le 21, il est survenu un œdème douloureux du pied du même côté, quelques jours de repos suffisent pour le dissiper.

Le 8 juin, il est sorti bien guéri ne présentant plus de traces de paralysie.

Coliques saturnines; délire; mort; cysticerques dans le cerveau.

Le 18 septembre 1835, est entré au n° 130 de l'hôpital Beaujon, le nommé Joret François, âgé de 43 ans, demeurant au Pecq près Saint-Germain.

Ce malade a commencé à travailler au blanc de céruse au mois de décembre de la même année; depuis qu'il manie les préparations saturnines, il est plus pâle, plus maigre, moins robuste. Il a déjà eu quatre fois la colique de plomb.

Sa maladie actuelle a débuté, il y a neuf jours; il a d'abord éprouvé une grande faiblesse et des douleurs vives dans les membres, bientôt après il a perdu l'appétit, des coliques légères se sont manifestées, mais il n'existait pas de constipation.

Les jours suivants la bouche est amère; il est survenu des nausées, des vomissements de matières jaunes et amères; les coliques sont plus vives, mais ce malade continue d'aller régulièrement à la garde-robe.

Le soir de son entrée à l'hôpital Beaujon, il était dans l'état suivant: La face est pale, un peu grippée; la sensibilité et la myotilité sont un peu diminuées; la parole est traînante mais les réponses paraissent exactes; la bouche n'est pas mauvaise; l'haleine est saburrale; les dents noires; la langue naturelle; l'épigastre douloureux et le ventre retracté. Il a rendu une garde-robe molle depuis son entrée; il se plaint d'éprouver de la douleur dans la gorge; une grande faiblesse; des étourdissements lorsqu'il se met sur son séant; le pouls est naturel (72).

Prescription: gomme; lavement émollient.

Le 19. Pendant la nuit il a été très-agité; il a eu du délire; il a cherché plusieurs fois à se lever et à s'habiller.

Ce matin il se plaint d'éprouver des étourdissements, des bourdonnements d'oreille; l'articulation des mots est lente et pénible; il n'a pas eu de garde-robe depuis hier soir; le pouls offre toujours le même caractère.

Mauve; julep; ext. de valériane, un gros; bain; deux ventouses derrière les oreilles.

Le 20, le délire et l'agitation ont été plus considérables que la nuit précédente; on a été obligé de maintenir Joret à l'aide de la camisolle de force.

Ce matin il est plus tranquille, mais il n'a pas sa raison; le pouls est plus fréquent, n'est pas très-développé; pas de garde-robe.

Traitement: saignée; deux ventouses; 8 grains de calomel; mauve; le sang de la saignée est séreux mais n'est pas couenneux.

Le 21, aucune amélioration après la saignée; le délire n'a pas cessé; l'agitation a été plus grande pendant la nuit; le purgatif a déterminé de nombreuses évacuations; la peau est moite; le pouls est médiocrement fort, plus fréquent (104); les pupilles sont naturelles; la sensibilité générale conservée; mais le malade soulève difficilement ses bras.

Vésicatoires aux cuisses; séton à la nuque; glace sur la tête.

Le 22. Cet homme est très-faible ; il délire, agite continuellement ses bras ; la sensibilité générale est diminuée.

Dans la matinée, la respiration est devenue stertoreuse ; la bouche est béante, les paupières et l'iris immobiles, l'œil entr'ouvert. Le pouls est filiforme, irrégulier. Ce malade n'entend plus et ne fait plus aucun mouvement.

Il est mort quelques heures après.

Autopsie faite le 23 septembre, à 9 heures du matin.

La pie-mère cérébrale est infiltrée de sérosité transparente. En détachant les méninges du cerveau, on remarque, dans l'épaisseur de la pie-mère, quatre petits kystes qui étaient en grande partie logés dans les anfractuosités.

La substance blanche est saine ; la substance grise n'est pas ramollie, mais on trouve dans son épaisseur plusieurs kystes semblables à ceux dont nous venons de parler ; les plus volumineux sont en contact en dehors avec la pie-mère, en dedans avec la substance médullaire du cerveau.

Ces tumeurs sont au nombre de dix, elles sont disséminées irrégulièrement à la surface des hémisphères du cerveau ; elles sont formées *par des kystes celluleux renfermant des cysticerques ladriques qui ne diffèrent de ceux du cochon que par la couleur noire des suçoirs et de la couronne de la trompe.*

Le cervelet et la moelle paraissent sains ; le liquide de Magendie est abondant.

La cavité du péricarde contient une once de sérosité rougeâtre ; des caillots fibrineux remplissent les oreillettes et les ventricules du cœur.

Des adhérences celluleuses anciennes unissent la plèvre pulmonaire gauche à la plèvre costale.

La face interne du grand cul-de-sac de l'estomac est rouge-brune ; la muqueuse stomacale est épaissie dans toute son étendue, mais ne paraît pas ramollie.

La face interne de l'intestin grêle est rosée, les plaques de Peyer très-apparentes ; mais la muqueuse qui les recouvre n'est ni ramollie, ni ulcérée.

La muqueuse du gros intestin est rouge-grisâtre, les follicules muqueux hypertrophiés.

Le tissu du foie paraît sain ; mais en examinant la face inférieure, on remarque que *le sillon de la vésicule du fiel est vide, et que cette poche est remplacée par un cordon ligamenteux sans cavité.* Le canal cystique, très-étendu, se termine en cul-de-sac du côté du ligament qui remplace la vésicule. Les canaux hépatiques et cholédoque sont considérablement dilatés.

Nota. Nous avons cherché à compléter les renseignements, que nous avait déjà donnés ce malade, auprès d'une personne qui le connaissait depuis longtemps. Voilà le résultat de nos recherches : Joret était ivrogne ; il a servi comme militaire pendant plus de douze ans, ce qui annonce qu'il n'était pas épileptique. Les personnes qui travaillaient avec lui, consultées à ce sujet, n'ont jamais eu connaissance qu'il ait eu cette maladie, mais elles ont remarqué que cet homme était d'un caractère bizarre, tantôt raisonnant assez bien, faisant d'autres fois des réponses singulières, extraordinaires.

—

§ II. RÉSUMÉ GÉNÉRAL.

Si nous examinons les circonstances dans lesquelles se trouvaient les ouvriers qui ont présenté du délire et des convulsions, nous verrons : 1° que parmi ces malades qui sont au nombre de dix (1), il y avait six ouvriers cérusiers, deux peintres, et un plombier.

Tous appartiennent au sexe masculin ; le plus jeune avait treize ans, le plus âgé était un homme de soixante ans.

Ce n'est qu'au bout de huit ans et après avoir éprouvé plusieurs coliques que le plombier fut pris de délire. L'un des ouvriers au blanc de céruse a pu travailler cinq ans, les autres ont été attaqués au bout de deux à neuf mois.

L'un de ces individus avait éprouvé une seule colique antécédemment, un second et un troisième avaient été atteints deux fois, un quatrième en avait eu six, le cinquième quatre. On n'avait pas noté cette circonstance chez les autres.

Chez tous, le délire est survenu pendant la durée d'une dernière colique.

A. *Prodromes.*

Le délire et les convulsions existent souvent simultanément, d'autre fois l'un de ces phénomènes seulement se manifeste. Le plus ordinairement on les voit survenir pendant la durée d'une colique très-vive lorsqu'on a pu suivre la maladie depuis son début ; on observe que les symptômes de la colique de plomb, sont assez souvent compliqués de tremblements passagers, de crampes, de douleurs dans les membres, et de céphalalgie. De légers mouvements convulsifs de la face, un état d'hébètement ont existé aussi chez quelques individus.

B. *Symptômes et marche de la maladie.*

Dans les cas graves ceux dans lesquels il y a en même temps délire et convulsions ; après quelques accès passagers pendant lesquels les malades déraisonnent, on est obligé de les attacher et c'est alors qu'ils deviennent furieux. Quelquefois on les amène à l'hôpital lorsqu'ils sont dans l'état que nous venons d'indiquer et que nous allons décrire : délire furieux, regard menaçant, agitation considérable, mouvements convulsifs ; chez plusieurs malades ces symptômes sont accompagnés de convulsions des muscles de la face, de serrement des mâchoires, des grincements des dents, et des soubresauts des tendons. Dans un petit nombre de cas, nous avons observé des hallucinations de la vue.

La sensibilité est à peine modifiée, rarement elle est affaiblie, dans un seul cas elle était exaltée, la diminution de la myotilité est beaucoup moins rare à la suite des accès de délire ou de convulsions.

Dans les observations 26 et 28 de M. Morat, les convulsions étaient générales, violentes et répétées et formaient le phénomène principal de la maladie.

Pendant que les malades sont dans l'état que nous

(1) Nous indiquerons à la fin de ce mémoire la liste des observations qui nous ont servi à faire ce résumé.

venons de décrire le pouls augmente un peu de fréquence, du reste naturel, la respiration ne présente quelquefois aucune modification importante, assez souvent elle est gênée comme dans la colique de plomb simple.

Chez un petit nombre d'individus il y a diarrhée; mais la constipation est un phénomène qui existe plus fréquemment.

Chez beaucoup de malades à la fin des paroxysmes la peau se couvre de sueur et l'agitation ne tarde pas à diminuer.

C. *Variétés et terminaisons.*

1° Dans les cas les plus légers, le délire est passager, et n'est pas accompagné de mouvements convulsifs.

Après une durée assez courte, il cesse et les malades n'offrent plus que les symptômes ordinaires de la colique saturnine. (obs. 1 de ce mémoire.)

2° D'autres fois le délire et les mouvements convulsifs se reproduisent à plusieurs reprises et dans l'intervalle des paroxysmes, le malade tombe dans un état de stupeur, d'assoupissement ou de coma; d'autres individus reprennent peu à peu connaissance, mais alors leur physionomie est plus ou moins altérée; la figure conserve une expression d'hébètement, le regard est étonné; quelquefois lorsqu'on adresse la parole aux malades, ils ne paraissent pas comprendre ce qu'on leur dit; il faut parler très-haut pour fixer leur attention.

Plusieurs se plaignent d'éprouver de la céphalalgie, et tous ceux que nous avons observés présentaient en outre du délire et des convulsions, la plupart des symptômes de la colique de plomb.

Au bout d'un certain temps, le délire, s'il était furieux, devient tranquille; plus tard l'intelligence se rétablit peu à peu, et les malades guérissent. Assez souvent il reste à la suite de ces attaques de délire et de convulsions, des paralysies incomplètes qui attaquent de préférence les membres supérieurs. La paralysie porte plus fréquemment son action sur les nerfs des muscles, rarement sur ceux de la sensibilité (obs. 3 et 4 de ce mémoire).

3° Lorsque la maladie se termine d'une manière fâcheuse, le délire fait place à un état d'insensibilité, d'assoupissement ou de coma; les membres sont dans un état de résolution, le pouls est petit, la respiration incomplète, stertoreuse, les pupilles immobiles, les extrémités se refroidissent, et la vie s'éteint.

Quelquefois des mouvements convulsifs se manifestent pendant les derniers temps de l'existence (obs. 5 de ce mémoire). D'autres malades meurent au milieu d'attaques de convulsions générales, violentes et répétées (obs. 26 et 28, Mérat). L'individu qui fait le sujet de l'observation 25me du même auteur, a présenté avant sa mort plusieurs des symptômes de la fièvre adynamique : la faiblesse générale, la langue fuligineuse, sèche et fendillée, des soubresauts des tendons, des déjections alvines liquides, etc.; et cependant à l'autopsie on n'a trouvé qu'une injection légère de l'intestin grêle.

D. *Examen des symptômes principaux.*

1° *Du délire.* Il peut être furieux ou tranquille, mais quelle que soit sa forme, il ne présente nullement les caractères du délire qui accompagne la méningite ou l'encéphalite; considéré isolément des autres symptômes, il serait plus difficile de le distinguer du *délirium tremens.*

Dans le délire furieux, le regard est menaçant, les malades jurent, menacent, tempêtent, il y a exaltation générale, agitation des membres, et, si l'on n'avait soin d'attacher les malades, ils se précipiteraient sur les personnes qui les entourent (obs. 2me de ce mémoire).

Le nommé Berger qui est entré à l'hôpital Beaujon dans les derniers jours de décembre (1834), et dont l'observation n'a pas été recueillie complétement, nous a offert un exemple remarquable de délire furieux; à l'époque de son admission nous l'avons trouvé dans un état d'agitation et de fureur tel, qu'on a eu la plus grande peine à lui mettre la camisole de force : il se met en fureur toutes les fois qu'il aperçoit la sœur de la salle qu'il prend pour une femme de sa connaissance, il l'injurie et la menace lorsqu'elle s'approche de son lit, il l'accuse d'avoir voulu le corrompre et le tromper, et s'il n'était attaché, sa colère pourrait avoir des résultats fâcheux pour elle.

Dans la soirée il a défait les cordes à l'aide desquelles on l'avait fixé à son lit, il s'est échappé de la salle en courant, arrivé dans les lieux d'aisances qui étaient fermés, il en a enfoncé la porte, et ce n'est qu'avec la plus grande peine que quatre infirmiers sont parvenus à le ramener et à le coucher dans son lit.

Plus tard, cet état d'excitation a fait place à une paralysie complète des muscles deltoïdes et incomplète des autres muscles des membres thoraciques.

Cette paralysie a été traitée avec succès par la strychnine, dans les salles de M. Martin Solon, mais ce n'est qu'après plus de 9 mois de séjour à l'hôpital que la guérison a été complète.

Le délire furieux après avoir duré un certain temps peut diminuer peu à peu et cesser ensuite complétement; d'autres fois il passe pour ainsi dire à l'état chronique et devient tranquille, il dure alors un peu plus longtemps, mais il finit toujours d'une manière favorable.

Une seconde forme de délire est celle que nous désignerons sous le nom de délire tranquille. Il peut succéder au délire furieux (obs. 4 de ce mémoire), ou débuter à l'état chronique et présenter quelques paroxysmes de délire aigu (obs. 3).

Pendant sa durée, les malades agitent leurs bras, se découvrent, veulent s'en aller, méconnaissent l'endroit où ils se trouvent, les personnes qui les entourent; ils parlent seuls, quelques-uns répondent à toutes les personnes qui causent autour d'eux.

Le malade qui fait le sujet de l'observation quatrième de ce mémoire prenait la camisole de force pour un gilet de chasse que lui avait envoyé une personne de sa connaissance.

Quelques-uns cherchent leurs vêtements pour s'habiller, et c'est en vain qu'on leur défend de se lever, ils ne paraissent nullement comprendre ce qu'on leur dit; dans un cas il y avait en même temps un désordre et une incertitude tels, dans les mouvements des bras, qu'on aurait cru avoir affaire à un individu affecté de chorée (obs. 3 de ce mémoire).

2° *Hallucinations.* Nous n'avons observé des hallucinations de la vue que chez deux malades. L'un d'eux racontait qu'il voyait des cavaliers faire l'exercice.

L'autre assurait en souriant qu'un bras nu s'était avancé vers lui, et que, lorsqu'il s'était précipité pour le saisir, il n'avait plus rien trouvé. A plusieurs reprises, ce même individu nous a dit qu'un oiseau venait tous les matins se percher tantôt sur son lit, tantôt sur les traverses qui supportent les rideaux. Un jour entre autres, il saisit la plaque qui porte le numéro de son lit croyant prendre un pigeon. Tout cela était raconté avec un calme, avec un ton de gaieté et de persuasion que nous n'avons rencontré que chez les aliénés.

Plus tard, ce dernier malade a reconnu son erreur; il se rappelle très-bien ses hallucinations, mais il affirme qu'à l'époque où il nous faisait le récit de ses visions, il était bien persuadé de la réalité des objets qu'il croyait voir.

3° *Convulsions*. Les convulsions peuvent compliquer le délire; mais il est des cas dans lesquels les malades perdent connaissance, et n'offrent d'autres symptômes que des convulsions générales, violentes et répétées qui peuvent se terminer par la mort. (Obs. II. 28 et 26 de M. Mérat. Obs. VIII de M. Andral.) D'autres fois les mouvements convulsifs occupent les membres. (Obs. 25 de M. Mérat, 2 et 3 de ce mémoire.) On a aussi observé des mouvements convulsifs de la face et des yeux. Dans un seul cas, nous avons été témoin d'une attaque ressemblant au tétanos. Pendant qu'on administrait une affusion d'eau froide sur la tête du malade, tous les muscles se sont raidis, de manière qu'on pouvait soulever le malade dont il est question comme s'il eût été d'une seule pièce. La tête était renversée en arrière et les bras étendus le long des parties latérales du tronc.

Enfin le malade sur lequel nous avons recueilli l'observation quatrième a offert des symptômes qui forment la transition entre les convulsions ordinaires et les convulsions épileptiformes, dont nous parlerons plus loin.

Nous ne reviendrons point ici sur les autres symptômes dont nous avons déjà parlé en décrivant la marche de la maladie.

E. *Diagnostic du délire et des convulsions occasionnés par les préparations de plomb.*

Le délire symptomatique des encéphalites, des méningites, de la fièvre typhoïde, des pneumonies étendues et des maladies éruptives, ne nous a jamais offert les mêmes caractères que celui qui est produit par les préparations saturnines; il nous paraît impossible de les confondre. Quant au délire nerveux qui survient à la suite des grandes opérations, la cause qui est toujours évidente ne peut pas permettre l'erreur.

Il suffit de parcourir l'article diagnostic du *délirium tremens* du dictionnaire en 25 volumes, pour s'assurer que le délire occasionné par l'ingestion de l'opium ou des préparations de plantes de la famille des Solanées, diffère de celui qui nous occupe.

Le délire de certains aliénés et le *délirium tremens* sont les seuls qui se rapprochent beaucoup du délire produit par les préparations de plomb.

Voici sur quelles données on pourra baser son diagnostic :

1° La personne affectée travaille aux préparations de plomb, manie ces substances, ou a été exposée à leur action.

2° Avant ou pendant la durée de la maladie, elle a présenté les symptômes de la colique des peintres.

3° Les mains ne sont point agitées de tremblements semblables à ceux qui existent dans le *délirium tremens*.

4° La paralysie qui succède au délire et aux convulsions occasionnées par les préparations de plomb, n'est presque jamais complète, très-rarement elle est générale, elle affecte de préférence les muscles, et surtout ceux des membres supérieurs. Lorsque cette paralysie se termine d'une manière fâcheuse, ou qu'elle porte son action sur les muscles respirateurs, le malade meurt asphyxié.

Il est un cas qui pourrait embarrasser, c'est celui dans lequel le délire et les convulsions ont suivi la déglutition d'un vin falsifié par la litharge. L'absence de tremblements des mains, l'analyse du vin, la quantité de ce liquide qui a été bue, feront facilement reconnaître la nature de la maladie.

F. *Pronostic et durée.*

Les observations que nous possédons sur le sujet qui nous occupe sont trop peu nombreuses, pour que nous puissions établir le pronostic du délire sur des bases solides; nous nous bornerons donc à émettre quelques propositions qui ont besoin d'être appuyées sur de nouveaux faits, pour avoir quelque valeur.

1° Sur les cinq cas que nous avons observés, un seul malade a succombé, et nous avons trouvé à l'autopsie des cysticerques dans le cerveau. Cette complication fâcheuse n'a sans doute pas été étrangère au développement de l'affection encéphalique, et à l'issue de la maladie.

2° Dans les cinq autres cas recueillis par MM. Mérat et Andral, un seul individu a survécu.

3° Les convulsions générales répétées paraissent être, ainsi que le coma, un symptôme très-grave.

4° Cependant on peut établir comme un fait démontré que le délire et les convulsions sont moins souvent mortels que l'épilepsie saturnine. La durée de la maladie qui nous occupe est très-variable chez 9 malades : elle a duré de 4 à 33 jours, chez un seul 68. Nous devons faire remarquer que ces calculs sont très-approximatifs, car il est souvent difficile d'apprécier au juste l'époque du début de la maladie.

Pour éviter les répétitions, nous parlerons *des altérations pathologiques et du traitement*, après avoir décrit l'épilepsie saturnine.

N° 3. — 21 JANVIER.

Maladies régnantes. — Discussion de l'Académie relative à l'influence des pays chauds sur la phthisie.

Il existe depuis quelques semaines à Paris et dans plusieurs départements plus de maladies autres que celles qu'on observe habituellement pendant l'hiver. A Paris les affections des voies respiratoires sont en très-grand nombre et elles existent sous diverses formes. Les angines, les bronchites, les catarrhes, pulmonaires, les pleuro-pneumonies, ont rarement été plus fréquentes. Les causes de ce renouvellement d'affections communes à la saison ne résident pas seulement dans

l'intensité spontanée d'un froid vif, succédant à une température assez douce, et dans les brusques variations de l'atmosphère auxquelles nous avons été exposés depuis quelques mois : il faut remonter plus haut : c'est à la constitution atmosphérique de l'automne et de l'été qu'il faut demander compte de ce qui se passe aujourd'hui. Les pluies, qui n'ont cessé de tomber pendant ces deux saisons, ont constamment chargé l'air d'humidité et ont par conséquent diminué la tonicité des muqueuses respiratoires. Celles-ci affaiblies et comme ramollies par le contact habituel des vapeurs d'eau n'ont pu résister que faiblement à l'excitation brusque du froid. Ajoutons que le système cutané lui-même, en perdant de sa tonicité sous l'influence de la même cause, réagit faiblement contre le froid et laisse repercuter à l'intérieur ses matériaux de résistance, et avec eux les éléments excrémentitiels qui se font habituellement jour par la voie cutanée. Ceci n'est point une hypothèse, c'est la conséquence physiologique de deux faits réels, constatés par tout le monde, et dont les analogues se retrouvent fréquemment dans l'histoire de la science avec des effets semblables. Un été et un automne humides et pluvieux amènent presque toujours des affections catarrhales et en première ligne celles des voies respiratoires.

Dans plusieurs départements les affections abdominales prédominent depuis quelque temps. Les fièvres muqueuses, la dyssentérie, ont régné et règnent encore avec quelque intensité dans plusieurs contrées de l'est et du nord de la France. Peut-être que sous l'influence des derniers froids la forme abdominale a fait place, comme à Paris, à la forme thoracique, sans changer le fond ou la nature de la constitution. Celle-ci se traduit non-seulement par quelques accidents symptomatiques spéciaux qui n'échappent pas à l'attention des bons observateurs, mais même par des variations et des exigences thérapeutiques dont les esprits exclusifs seuls ne tiennent pas compte. Plusieurs praticiens éclairés ont remarqué comme nous que les symptomes d'irritation et d'inflammation ordinaires sont traversés par des douleurs insolites de forme rhumatismale, et qui prennent quelquefois l'apparence d'accès périodiques. Ces phénomènes appartiennent à un élément de causalité autre que l'action présente du froid, car ils précèdent souvent la forme congestionnelle, et lui survivent quand la médication locale a dissipé cette dernière. Les purgatifs, les toniques et même les antipériodiques ont été employés avec succès suivant les indications, et leur efficacité a prouvé comme toujours, la vérité de l'axiome impérissable : *naturam morborum ostendit curatio.*

On a observé aussi depuis une huitaine de jours, à Paris, un grand nombre de scarlatines. Cette maladie paraît même régner épidémiquement dans certains quartiers. On cite plusieurs pensionnats où les trois quarts des élèves en ont été atteints. La nature de l'affection n'est point grave : elle n'a donné lieu, jusqu'ici, à aucune terminaison funeste. Les praticiens sages ne lui opposent qu'une médecine d'expectation, à moins qu'elle ne se complique d'affections pulmonaires : dans ce cas même, ils sont sobres d'évacuations sanguines, parce qu'ils savent que la pneumonie scarlatineuse commande une grande réserve sous ce rapport.

A propos de la scarlatine régnante, quelques personnes ont justement rappelé que la même maladie avait régné pendant les plus grandes chaleurs de l'été dernier, mais avec un caractère de gravité bien différent. A cette époque, le quart ou le tiers même des sujets succombaient, quelque médication qu'on employât, et surtout quand on employait la méthode antiphlogistique. Aujourd'hui, presque tous guérissent d'eux-mêmes; c'est qu'il y a dans la différence des conditions atmosphériques, peut-être aussi dans la différence d'intensité de la cause spécifique, des éléments de variation qui constituent en tout temps les premières conditions de la curabilité des maladies.

Il règne en ce moment à Londres une épidémie de fièvres typhoïdes surtout dans les établissements industriels. Nous attendrons pour nous fixer sur les caractères pathologiques de la maladie que les journaux de médecine anglais en aient donné la description. Jusqu'ici nous sommes forcés de nous en tenir aux renseignements vagues fournis par les journaux politiques, qui accusent un très-grand nombre de malades et une mortalité assez considérable. La même chose paraît se passer à Naples. On a observé à la suite du choléra une affection de forme dyssentérique presque aussi grave que le choléra lui-même puisqu'elle fait périr la plupart des individus qui en sont atteints.

L'Académie de médecine a décidé dans sa dernière séance un point important de pathogénie. Il était question de demander aux médecins des pays chauds des renseignements concernant l'influence de leur climat sur la phthisie pulmonaire. M. Louis a rédigé, au nom d'une commission, une espèce de cadre formule, indiquant les points sur lesquels l'Académie désire être éclairée. Le projet a donné lieu à une discussion assez intéressante, mais semblable à toutes celles qui ont lieu dans cette savante assemblée. Chacun a dit son mot pour ou contre le rapport; les uns le trouvant trop vague, les autres trop explicite, d'autres l'accusant d'omissions importantes, et quelques-uns lui reprochant le défaut contraire; chacun a produit à cette occasion des faits plus ou moins importants et nouveaux. MM. Ferrus et Cruveilhier ont communiqué des observations intéressantes sur la curabilité de la phthisie. Il résulte des recherches nécroscopiques de ces deux habiles praticiens qu'il n'est pas rare de rencontrer, à la Salpêtrière et à Bicêtre, d'anciennes cavernes tuberculeuses cicatrisées dans les poumons des vieillards. Laënnec avait déjà signalé ce fait, mais comme exceptionnel. MM. Ferrus et Cruveilhier l'ont observé avec une fréquence qu'on n'avait pas soupçonnée jusqu'alors. Ces remarques peuvent conduire à un beau travail, à la recherche des conditions susceptibles de produire la cicatrisation des cavernes tuberculeuses. D'autres membres ont communiqué des faits qui prouvent que l'influence du climat sur la phthisie est très-marquée. Aux observations qu'ils ont rapportées ils auraient pu en ajouter beaucoup d'autres déjà consignées dans la science, et qui prouvent que l'opinion admise par la plupart des médecins n'est pas simplement un préjugé. Ainsi on lit dans Anesley, qu'à l'île de Ceylan, des régiments anglais, composés en partie d'Africains et de soldats venus d'Europe, se trouvaient décimés les premiers, parcequ'ils habitaient un pays plus froid que le leur, par des affections tuberculeuses du poumon; les seconds, au contraire, par des maladies aiguës du foie et de l'intestin, parce qu'ils se trouvaient dans des conditions d'acclimatement tout à fait opposées. L'Académie doit se rappeler aussi l'intéressant mémoire lu en 1831 dans une de ses séances, par M. Raynaud, *sur l'affec-*

tion tuberculeuse des singes. Ce médecin affirme que sur vingt sujets et disséqués par lui à la ménagerie du Muséum d'histoire naturelle, dix-neuf avaient succombé à la phthisie tuberculeuse. L'observation précise de M. Raynaud est confirmée tous les jours par la mort des animaux originaires des pays chauds.

Quant au projet d'instruction rédigé par M. Louis, il devait quoique bien fait, provoquer les deux ordres de reproches qui lui ont été adressés. Il dit trop ou trop peu. Ce n'est pas que l'auteur n'y ait formulé un bon nombre des points sur lesquels il importe d'être fixé ; mais, par cela même qu'il en omet un grand nombre d'autres, il eût mieux valu demander tout simplement aux correspondans de l'Académie de rechercher l'influence des climats chauds sur la phthisie pulmonaire. Pour les esprits capables d'éclairer ce point de pathogénie, le programme de M. Louis est inutile ou plutôt il serait nuisible, car il les conduirait à omettre une foule de particularités qu'il est impossible de prévoir, loin des circonstances dont on demande la détermination ; et pour les esprits incapables, cette formule, quelque explicite qu'elle soit, ne conduira à aucun résultat. La preuve de ce que nous disons se produit tous les jours en médecine ; on professe partout que l'observation est tout, nos livres sont pleins d'observations modèles, et pourtant combien peu de gens savent voir dans une maladie ce qu'on leur dit y exister ; c'est que, malgré les meilleurs guides, il n'est donné qu'à un petit nombre de lire dans le livre de la nature, et ceux qui sont doués du regard qui fait apercevoir ses manifestations, n'ont que faire des formules rédigées pour comprendre ce qui a déjà été vu et observé ; formules de contrôles, mais incapables d'aider à découvrir des faits et des rapports nouveaux. Ainsi, M. Louis, à qui personne ne contestera une grande habileté dans les recherches relatives à la phthisie pulmonaire, une connaissance approfondie de ce que la science possède sur ce point de pathologie, n'a pu prévoir qu'un très-petit nombre des faits et des rapports qu'un bon observateur rencontrera dans l'examen de l'influence des climats chauds sur le développement et la marche de la phthisie tuberculeuse. Ce que l'Académie avait de mieux à faire, selon nous, c'était de stimuler le zèle de ses correspondants, en leur montrant la haute importance du sujet ; c'était de leur demander des faits précis sur toutes les circonstances qui s'y rattachent, mais en ne préjugeant pas ces circonstances, parce que, nous le répétons, il existe sur les lieux, en présence des éléments à déterminer, une foule de circonstances et de conditions, que le véritable observateur seul peut saisir, et dont il peut seul calculer les influences relatives ; tandis qu'avec la science la plus profonde et l'esprit le plus sagace, il est presque impossible, loin des circonstances où se trouve le problème à déterminer, de prévoir autre chose que des conditions banales : ces conditions, communes à l'histoire de toutes les maladies, sont quelque chose sans doute, mais leur appréciation comprend souvent une foule de particularités qu'il n'appartient qu'aux esprits élevés de démêler et d'apprécier dans leurs rapports respectifs et au milieu des circonstances où elles se produisent.

—

Mémoire pour servir à l'histoire des résections du membre inférieur ; ou considérations chirurgicales sur quelques nouveaux cas de résections pratiquées, soit dans la contiguité, soit dans la continuité des os ; par M. Pétrequin, D.-M. P.

Les résections forment, en médecine opératoire appliquée, une question pleine d'intérêt et d'actualité ; on ne peut disconvenir, que toutes les parties de leur histoire n'ont pas été également élucidées, et il est permis de croire qu'il y aura beaucoup à gagner pour la chirurgie dans l'étude de plusieurs points de doctrine qui s'y rattachent. C'est une branche de l'art qui mérite aujourd'hui une attention toute particulière, à cause de l'extension qu'elle paraît devoir prendre et des modifications heureuses que le perfectionnement de nos instruments permet d'y introduire. C'est sous ce double rapport d'utilité, que de nouvelles recherches sur ce sujet seraient à désirer pour les conséquences pratiques qu'elles peuvent avoir. C'est dans ce but que le travail suivant a été entrepris.

Par une singularité assez commune dans l'histoire médicale, il se trouve que ce sont précisément les grandes opérations de ce genre, c'est-à-dire, en d'autres termes, celles qui ont le moins de cas d'application, qu'on est appelé à pratiquer le moins fréquemment, ou qui sont à la portée du plus petit nombre, qui, en général, ont été le mieux étudiées. Il reste peu à dire sur les résections des maxillaires inférieur et supérieur, du col de l'omoplate, du sternum, des côtes, etc. ; mais il y a une foule de résections moins brillantes et fort utiles, qu'on a plus ou moins négligées, et qui cependant méritent d'autant mieux de fixer l'attention que l'application s'en trouve souvent indiquée, et qu'elles peuvent devenir usuelles dans la pratique chirurgicale. C'est de celles-là surtout que je veux m'occuper dans ce mémoire ; on ne saurait trop insister sur tout ce qui peut être d'une utilité de tous les jours.

Il suffit de réfléchir un instant à la longueur des maladies des os, à l'opiniâtreté qu'elles opposent d'habitude à toutes les médications, et à la gravité des accidents qu'elles entraînent, pour sentir de suite de quelle importance est un moyen opératoire qui conduit à les enlever complétement, et à convertir les ulcères et les fistules du tissu osseux en une plaie simple qui permette une guérison rapide. Les résections, employées dans le cas de carie, de nécrose ou d'autres altérations organiques, mènent généralement à ce résultat. C'est précisément de ce genre d'opération que les traités sur la matière se sont le moins occupés, et il paraît avoir été plus rarement mis en pratique que les autres ; cependant c'est à coup sûr le plus fréquemment indiqué, et, lorsqu'on aura définitivement établi le parallèle chirurgical des résections et des amputations, ce sera aussi le plus ordinairement employé.

Aujourd'hui surtout que la perfection à laquelle on a porté les instruments a détruit ou affaibli une partie des reproches qu'on pouvait raisonnablement adresser aux résections, il importe de revenir sur cette grave question. Il faut avouer que les scies du docteur Heyne et de M. Martin, que l'Institut vient de mentionner, font espérer un véritable progrès. Si l'on songe que cette dernière, notamment, permet de scier, de creuser, de perforer et de résequer les os en tous sens, sans qu'on soit obligé de les découvrir sur deux faces opposées,

comme cela avait lieu jusqu'à ce jour, on concevra les perfectionnements que l'art doit subir ; la question a réellement changé ; et il est évident qu'à l'heure qu'il est, les résections, pouvant exactement ne porter que sur les points malades, sans que l'ablation simultanée ou le décollement complet des parties qui les entourent soient nécessaires, sont de cette manière devenues plus simples et plus faciles à exécuter.

Ce sera donc un progrès réel que de les introduire plus largement dans la pratique chirurgicale, toutes les fois qu'elles seront bien indiquées ; et, comme elles ont pour but de conserver l'usage des membres que l'amputation sacrifie, à côté du progrès de l'art il y aura encore un but de philanthropie. Les résections étant d'ailleurs des opérations essentiellement variables, suivant les cas qui les réclament et les régions où elles s'effectuent, et le chirurgien étant obligé, pour ainsi dire, d'improviser le procédé d'après les circonstances, les observations suivantes pourront être de quelque utilité pour servir de guide. Elles ont toutes trait aux membres pelviens sur lesquels il y a le plus de controverses.

§ I. *Résections dans la contiguité.*

J'appelle *résections dans la contiguité* celles où il y a toujours une surface articulaire attaquée ou comprise dans le fragment d'os qu'on enlève.

Tout le monde sait ce qu'on entend par *résections dans la continuité ;* le mot emporte la définition. Les trois dernières observations (1) de ce mémoire forment une variété importante de cet ordre, et pourraient s'intituler : résections partielles dans la continuité ; elles s'effectuent par un seul trait de scie, ce qui rend inexacte la définition qu'on donne d'habitude des résections que j'ai nommées dans la contiguité.

1° *Résection du premier métatarsien.*

Les chirurgiens ont beaucoup discuté sur la question de savoir s'il vaut mieux faire la résection complète ou évulsion du premier métatarsien en conservant les phalanges, que d'en pratiquer l'amputation dans la continuité, en enlevant le gros orteil, avec ou sans la modification indiquée par M. Richerand, et qui consiste à en scier la tête en bec de flûte. M. Blandin surtout a fortement insisté sur l'utilité qu'il y avait à conserver les phalanges toutes les fois qu'elles peuvent l'être, et il a fait remarquer avec raison que de cette manière le pied gardait un point d'appui beaucoup plus solide (2).

M. Barbier, du Val-de-Grâce, paraît avoir exécuté cette opération l'un des premiers, en 1795, dans un cas de luxation irréductible ; il enleva l'os en laissant le gros orteil ; et M. Beaufils, qui a publié le fait en 1797, dit que le malade fut complétement guéri au bout de 40 jours. Déjà Monro avait, avec un plein succès, évulsé ce métatarsien tout entier dans un cas de carie ; et cette opération se trouve positivement indiquée par Hey-de-Leeds, comme l'a prouvé M. Velpeau. (*Méd. opér.*, 1832, I-455.) Voici un nouveau fait qui pourra contribuer à éclairer la question.

Obs. — Un maçon, âgé de 24 ans, d'une bonne constitution, entra à la Pitié avec une tumeur développée sur la face dorsale du premier métatarsien gauche. En le questionnant, j'appris qu'à l'âge de 12 ans, dans une chute de dessus un arbre, il s'était fait une entorse au pied qui le fit souffrir pendant six semaines. Trois mois après, apparut, sur le dos du pied une petite tumeur très-dure, de la grosseur d'un pois, et qui acquit plus tard celle d'une noisette ; elle continua à croître lentement ; elle offrait le volume du poing lors de l'entrée du malade à l'hôpital ; jamais elle n'occasionna beaucoup de douleur, même après les fatigues de la marche ; elle gênait seulement par son volume. La santé générale n'était point altérée. Les os subjacents étaient-ils malades ? il était probable que oui ; mais ils pouvaient aussi ne l'être pas.

Le 12 octobre 1835, M. Lisfranc procéda à l'opération comme si les os avaient été sains ; il disséqua avec soin, en épargnant les tendons des extenseurs qui passaient au travers de la tumeur, ils paraissaient sains ; il les conserva en les détachant avec précaution. La tumeur était une exostose. Fallait-il se borner à une résection partielle ? Comme il eût été nécessaire de porter la section jusque sur la tête de l'os, il était préférable, pour ne rien laisser des racines du mal, d'enlever tout le métatarsien. Ce fut le parti que prit M. Lisfranc. L'opération faite, il essaya de réunir par première intention.

Peu de jours après, il survint de la fièvre ; la plaie se phlogosa ; il ne tarda pas à survenir une angéioleucite ; en 24 heures, les lignes rouges qui la caractérisaient s'étaient déjà étendues jusque près de l'aine ; tout le membre était tuméfié et douloureux. Par l'application de vingt sangsues au dessous de l'arcade crurale, les accidents furent conjurés, et, le 19 octobre, le malade allait bien ; tout cet appareil inflammatoire des lymphatiques était enlevé ; il ne restait plus qu'une phlegmasie locale autour de la plaie, et déjà une partie du lambeau était cicatrisée.

Le 21 octobre, nouvel engorgement des ganglions de l'aine ; il règne une tuméfaction marquée autour du pied ; la pression exercée de haut en bas fait suinter dans la plaie du pus qui descend probablement des gaines des tendons. Le pouls est plein et accéléré, la langue chargée, l'appétit presque nul : le sommeil, qui était revenu, est suspendu ; du reste, le malade ne souffre presque plus de son opération. Application de douze sangsues au-dessus de l'engorgement de l'aine.

Le 26, le sommeil est revenu ; le malade se trouve mieux ; les accidents se localisent.

Le 4 novembre, la santé générale est bien. Ouverture d'un petit abcès au bas de la jambe.

Le 7, ouverture de deux nouveaux abcès. La plaie, du reste, va bien ; la cavité se comble.

Le 9, ouverture d'un quatrième abcès ; l'opération est dans un état satisfaisant ; les tendons, mis à nu, ne se sont point exfoliés ; l'amélioration est progressive.

Le 21 décembre, le malade est guéri ; il marche très-bien, et sort de l'hôpital deux mois et huit jours après l'opération.

---

(1) Je veux parler des observations v, vi, et vii.

(1) C'est surtout, dit-il, le premier os du métatarse qu'il peut être utile de réséquer dans son articulation phalangienne, lorsque la tête est affectée de carie ; de sorte, en effet, le gros orteil reste pour fournir un appui au bord interne du pied dans la station. (*Dict. de méd. et de chir. prat.*, 1835, xiv 268.)

M. Lisfranc avait soin d'examiner tous les jours l'état de la jambe, et, pour prévenir les décollements de la peau, d'ouvrir les abcès aussitôt qu'il en constatait l'existence.

Ce fait n'a pas besoin de commentaires.

2° *Résection de la tête du second métatarsien.*

Un auteur estimé de médecine opératoire a écrit récemment : « On n'enlève au pied ni les os des phalanges, ni les têtes des os métatarsiens pour les quatre derniers orteils ; l'amputation est à bon droit préférée. »

C'est là en effet l'expression de la doctrine qui règne à peu près généralement, doctrine trop exclusive, s'il m'est permis de le dire. Le raisonnement le fait pressentir, l'expérience le dit, et je vais essayer de démontrer qu'il y aurait avantage à la restreindre. J'ose prétendre qu'on peut et doit regarder comme un progrès de l'art chaque empiétement rationnel que les résections feront sur les amputations proprement dites. Les deux observations suivantes viennent à l'appui de l'opinion que je cherche à établir.

Obs. II. — Un étudiant en médecine, âgé de 22 ans, entra le 22 mai 1835, à l'hôpital de la Pitié, avec une tumeur sous le second métatarsien du pied gauche.

Trois ans auparavant, cette tumeur était survenue sans cause connue, et avait provoqué une inflammation au début; elle crut peu à peu sous la tête du second os du métatarse; pendant tout ce temps, on avait employé les antiscrophuleux et les fondants, tels que l'hydriodate de potasse, etc. ; la santé du malade ne faisait que dépérir, et la grosseur augmentait toujours ; il en abandonna l'usage et se trouva mieux.

A la Pitié, on essaya pendant quelque temps l'emploi du muriate de baryte qui n'amena aucune amélioration sensible.

Le 12 août fut fixé pour le jour de l'opération. La tumeur avait une forme allongée ; elle s'étendait plus en dessous qu'en dessus ; elle avait deux pouces et demi de haut, et par sa largeur écartait douloureusement les orteils. M. Lisfranc attaqua cette excroissance, et réséqua la tête du deuxième métatarsien dans une étendue de 6 à 8 lignes, en enlevant l'orteil correspondant. L'opération, qui fut douloureuse, dura à peine un quart d'heure. La tumeur était de nature fibreuse.

On ne put rapprocher les côtés de la caverne qui résulta de la résection, ce qui rendit la cicatrisation plus lente ; la cavité se combla peu à peu ; le pied ne fut pas déformé, il devint un peu plus étroit ; les tendons et les mouvements des autres orteils furent conservés. Il y avait à la plante du pied une cicatrice d'environ 14 lignes qui mit beaucoup de temps à se consolider. Le malade, du reste, n'eut pas d'accidents ; on ne put empêcher la peau de se renverser un peu en dedans ; le chlorure de sodium fut employé pour hâter la cicatrisation languissante.

Dans le mois d'octobre le malade marchait avec des béquilles, mais sans poser encore le pied par terre ; en novembre il allait très-bien et pouvait être considéré comme guéri. Il dut, je crois, sortir dans le mois de décembre, ce qui fait environ quatre mois pour la durée de la guérison.

Ce fait est, si je ne me trompe, le premier cas de résection de ce genre que M. Lisfranc ait pratiqué sur le vivant.

3° *Résection de la tête du troisième métatarsien.*

Sur les deux malades dont je viens de parler, on ne fit pas usage des scies nouvelles. Dans les cinq observations suivantes, tirées de la clinique chirurgicale de M. Velpeau, l'opération fut exécutée avec la scie à molettes de M. Martin. Elles serviront à montrer les avantages qu'on peut retirer de l'emploi de cet instrument. Je tenais à être sûr des détails opératoires, et je me plais à reconnaître ici l'extrême obligeance que M. Velpeau a mise à m'en donner communication.

Obs. III. — Un jeune homme portait depuis longtemps une carie de la tête du troisième métatarsien ; il fut soumis à l'examen de M. Walther qui se trouvait alors à Paris ; ce célèbre chirurgien, après avoir constaté la maladie, pensa qu'il n'y avait d'autre ressource que la désarticulation complète de cet os. M. Velpeau ne partagea pas son opinion sur ce dernier point ; il imagina d'en faire la résection partielle, opération plus facile, moins longue et surtout moins grave que l'extirpation.

Il pratiqua sur le dos du pied une incision ovalaire, fort allongée, dont la base se trouvait sous la racine plantaire de l'orteil correspondant qui fut enlevé ; après avoir isolé et dénudé l'os, il incisa obliquement d'arrière en avant avec la scie à molettes horizontale de M. Martin, de manière à laisser la moitié postérieure du métatarsien.

L'opération fut heureusement terminée, et les résultats en furent très-satisfaisants ; le malade guérit en 20 jours sans aucune espèce d'accident. Le pied est rétréci par le rapprochement des orteils, comme nous l'avons vu ci-dessus ; il ne porte qu'une cicatrice sur la face dorsale, circonstance importante pour la marche.

Ce malade depuis sa sortie de l'hôpital, s'est présenté plusieurs fois à la visite gratuite de la Charité, il est parfaitement guéri.

A coup sûr, voilà des résultats qui méritent une attention toute spéciale à cause de leur importance pratique ; tôt ou tard il eût fallu, sans aucun doute, sacrifier une partie du pied ; des résections partielles en ont conservé l'usage, les mouvements et jusqu'à la forme. Ces faits, qu'il suffit de livrer sans réflexions aux méditations du lecteur, devront certainement conduire à modifier les règles qui existent en médecine opératoire sur le sujet qui nous occupe.

4° *Résection de la moitié du cuboïde et de la base des cinquième et quatrième métatarsiens.*

Un chirurgien du XVIIe siècle, Heurnius paraît être le premier qui ait pratiqué cette opération. Il fit avec un plein succès, dès l'année 1636, l'extraction du cuboïde et du troisième cunéiforme. Mais ce n'est, à vrai dire, que depuis MM. Moreau, de Bar-le-Duc, et Champion que cette résection est bien connue et usitée.

Obs. IV. — Un marchand de livres, âgé de 16 ans, entra le 22 juillet 1836, dans le service de la clinique, avec un engorgement chronique de la partie externe du pied, au niveau de la jonction du tarse et du métatarse.

Quatre mois auparavant, en traînant une petite voiture, il s'était fait une entorse qu'il négligea, et qui n'empêcha pas qu'il continuât ses travaux. Au bout de quatre ou cinq jours, il survint une petite grosseur qui augmenta peu à peu et qui s'ouvrit vers le milieu de juillet. Lors de son entrée à la Charité, deux fistules existaient sur le dos du pied, et donnaient issue à une suppuration assez abondante. Le stylet plongeait à un demi-pouce de profondeur, et procurait la sensation d'un craquement, comme dans une carie mêlée de points nécrosés; les os étaient gonflés, mais les parties molles de la plante du pied n'étaient pas malades, circonstance dont M. Velpeau tira parti dans son procédé de résection : il diagnostiqua une carie qu'il crut pouvoir limiter à la base des 5e et 4e métatarsiens, et à la partie correspondante du cuboïde.

Le 3 août, il procéda à l'opération de la manière suivante : il pratiqua une incision horizontale au côté externe, comme s'il eût voulu séparer le dos du pied de sa plante; une seconde incision vint tomber perpendiculairement sur la première, à la réunion du tarse et du métatarse. Les lambeaux furent disséqués et relevés, les os découverts et dénudés; puis, avec la scie à molettes en champignon de M. Martin, il pratiqua une section oblique du cuboïde, de manière à réséquer la moitié de sa face supérieure et presque toute sa face externe, et enleva également la base du 5e métatarsien et une partie de celle du 4e. L'opération fut rapidement terminée; les élèves présents, qui voyaient manœuvrer cette scie pour la première fois, furent étonnés de la facilité et de la promptitude d'exécution qu'elle permet dans le procédé opératoire.

La résection laissa une cavité d'environ 8 lignes de profondeur; la plaie fut pansée avec des boulettes de charpie, et les lambeaux rapprochés par dessus.

Tout alla très-bien les dix-huit premiers jours; mais, à cette époque, la compression et le bandage ayant été négligemment appliqués ou dérangés, il survint de la douleur, du gonflement et un érysipèle œdémateux qui monta jusqu'au jarret. Les onctions mercurielles, les cataplasmes et une compression bien faite triomphèrent de cette complication intercurrente.

Peu à peu la plaie fut réduite à une très-petite étendue; elle devint plane et vermeille, et tout annonçait qu'elle allait rapidement se clore. La cavité produite par suite de l'ablation des os malades se comblait de bourgeons fibro-celluleux; le pied n'était pas déformé.

Vers le milieu de septembre, on remarqua au pli de l'aîne une glande engorgée, mais du reste indolore.

Le 20 septembre, le malade ayant commencé à marcher avec des béquilles, la glande devint un peu douloureuse. Le lendemain, il y avait des élancements, et, le surlendemain, une rougeur érysipélateuse couvrait la peau et amena un mouvement de fièvre.

Le 24 septembre, M. Velpeau ouvrit la tumeur : il en sortit du pus; on pansa avec des cataplasmes; et, le 28, la suppuration était réduite à peu de chose. Ce malade est d'une constitution molle et lymphatique; on peut dire qu'il est peu développé pour son âge; la réaction n'est pas énergique chez lui, et la guérison, qui s'annonçait devoir être si rapide, marche lentement. M. Velpeau lui prescrit du vin de gentiane.

Le 8 octobre, la cicatrisation de la plaie est achevée; elle est molle encore, mais complète; le pied est rétréci, mais non déformé; il semble être devenu plus étroit dans toute son étendue, ce qui ferait croire, au premier coup d'œil, qu'il s'est allongé. Le malade essaie de marcher depuis plusieurs jours; il a l'avantage de ne point avoir de cicatrice sous la plante du pied, ce qui est important pour la marche. Il ne reste plus que l'engorgement de l'aîne, dont la plaie se referme très-lentement, quoique la suppuration en soit minime. On peut considérer l'opération elle-même comme guérie; ainsi la guérison a été obtenue en deux mois.

La plaie inguinale a un caractère atonique qui retarde la cicatrisation, et qui, le 25 octobre, ne permet pas encore d'en fixer le terme.

Le malade est sorti le 30 novembre.

Ce retard n'empêche pas que le résultat, sous le rapport opératoire, ne soit satisfaisant; à coup sûr il eût fallu en venir à sacrifier le pied, et c'est la méthode de Chopart qu'on eût dû pratiquer. L'opéré conservera les mouvements, l'usage et jusqu'à la forme de son membre.

Le jeune malade qu'opéra Moreau, le père, pour un cas analogue de carie, et avec des instruments moins avantageux, forcé d'abord d'user de béquilles, finit par marcher librement; le pied recouvra sa forme et son jeu. On avait enlevé le cuboïde, le troisième cunéiforme, la base du quatrième métatarsien et une partie de celle du cinquième.

§ II. *Résections dans la continuité.*

L'ordre précédent se rapproche des désarticulations avec lesquelles il est quelquefois confondu; dans celui-ci on respecte toujours les surfaces articulaires, soit qu'on s'en trouve éloigné, soit qu'on les effleure comme dans l'exemple suivant :

1° *Résection de la malléole externe.*

Cette opération ne paraît pas avoir encore été pratiquée isolément, que je sache du moins; le but qu'on se propose est d'emporter la partie malade sans pénétrer dans l'article, afin d'éviter les accidents qui suivent fréquemment la lésion traumatique des synoviales, et de conserver au malade la liberté du membre. C'est sous ce rapport que l'observation qui suit mérite d'être connue.

Obs. V. — Un homme, âgé de 55 ans, portait depuis trois ans une ostéite chronique de la malléole péronière du pied gauche. Cette inflammation suppurative de l'os occasionnait de temps à autre la formation de petits abcès dans les parties molles environnantes. Lorsque le malade entra à l'hôpital de la Charité, la malléole était tuméfiée; il y avait des fistules qui donnaient issue à une suppuration de mauvaise nature, et qui permirent de constater l'existence d'une carie de la base du péroné. La peau était engorgée, rouge tout autour, et décollée en quelques points; tôt ou tard l'articulation aurait fini par être envahie, et il n'y aurait plus eu de ressource que dans l'amputation de la jambe.

M. Velpeau imagina d'enlever la malléole sans toucher à l'articulation tibio-astragalienne, pour éviter l'inflammation de la synoviale et conserver le membre tout entier. Il fit aux téguments une incision en T, releva les lambeaux, et excisa leur extrémité angulaire qui correspondait au trajet fistuleux et au décollement, puis, avec la scie à molettes il enleva successivement trois

couches de la malléole, sans pénétrer dans l'article, tout en réséquant cependant les parties du tissu osseux attaquées de carie.

Ce mode opératoire donnait l'espoir d'une guérison sans ankylose; mais quelques jours après, il survint des douleurs articulaires et notamment dans le genou gauche; il s'y joignit ensuite une angéioleucite des deux membres abdominaux; les parents du malade voulurent l'emmener; il sortit de l'hôpital au bout d'environ douze jours. M. Velpeau a appris depuis qu'il avait succombé; la mort est arrivée le vingt-deuxième jour après l'opération.

Ce mode de résection, malgré l'issue funeste et imprévue qu'il a eue, n'en est pas moins un essai important et susceptible d'applications heureuses. Il mérite d'être expérimenté de nouveau. C'est déjà un progrès que cette tendance à éviter autant que possible les grandes amputations qui retranchent les membres et mutilent les malades sans retour. Ce procédé pourra devenir fort utile, non-seulement à la suite des entorses qui se compliquent si souvent de la fracture des malléoles, et qui, mal traitées, laissent un point opiniâtre d'irritation, d'où peut ensuite surgir la nécessité de l'amputation, mais encore dans beaucoup d'autres cas que les circonstances et la direction chirurgicale laissent entrevoir.

2° *Résection du grand trochanter.*

Tenon paraît être le premier qui ait pratiqué la résection du grand trochanter; néanmoins, comme son exemple n'a pas été suivi, cette opération pourrait être considérée comme nouvelle; elle n'est même pas décrite dans les ouvrages de médecine opératoire.

Obs. VI. — Une femme souffrait depuis 15 ans; elle avait des fistules en dehors et à la partie supérieure de la cuisse. Jaune et amaigrie, elle dépérissait au point qu'on aurait pu craindre quelque autre lésion organique. Le stylet, introduit dans les sinus fistuleux, permettait de reconnaître une carie du grand trochanter. M. Mott de New-Yorck, qui se trouvait alors à Paris, constata, comme M. Velpeau, la maladie de l'os. Divers remèdes déjà inutilement employés ne laissaient d'espoir que dans la désarticulation de la cuisse, opération effrayante et toujours très-grave, tant à cause de ses suites qui souvent sont mortelles, que parce qu'elle prive pour toujours d'un des membres les plus utiles.

M. Velpeau prit le parti de réséquer le grand trochanter : il fit une incision en T, disséqua et renversa les lambeaux, cerna l'étendue du mal avec le bistouri, en dénudant l'os de son périoste, et coupa une partie des fibres tendineuses du grand et du petit fessier; puis avec une scie à molettes en champignon, il enleva, en creusant sur le grand trochanter à la profondeur de 6 lignes, une plaque osseuse d'environ un pouce carré à sa base. L'attache des muscles de la région pelvi-trochantérienne ne fut pas atteinte.

L'inflammation consécutive fut assez vive, la suppuration abondante, et la cicatrisation lente à se produire. Mais, malgré le mauvais état où elle se trouvait avant et pendant l'opération, cette femme, au bout de trois mois, sortit de l'hôpital bien guérie, conservant son membre avec tous ses mouvements.

Il est facile d'entrevoir les conséquences de pareils faits pour la pratique chirurgicale; les cas d'en faire l'application se rencontrent plus souvent qu'on ne le pense généralement, parce qu'on ne s'est pas toujours occupé de les distinguer avec soin des maladies de la hanche. Il suffit d'appeler sur ce point l'attention des praticiens, et les observations de diagnostic se multiplieront. A l'appui de cette opinion, je vais rapporter l'histoire d'une seconde opération de ce genre que M. Velpeau a eu récemment occasion d'exécuter dans sa pratique particulière, et qu'il a eu l'obligeance de me communiquer.

Obs. VII. — Le sujet est un étudiant en médecine qui souffrait depuis quinze ans, comme la femme de l'observation précédente. La maladie avait débuté par un abcès formé probablement dans la bourse muqueuse du grand trochanter, abcès qui, après s'être une fois ouvert, ne s'est jamais refermé complétement. Par intervalle, un érysipèle venait compliquer et aggraver l'état du malade; on sentait une esquille séparée, et comme une masse fongueuse qui s'enfonçait dans l'apophyse.

Le 4 septembre 1836 fut choisi pour le jour de l'opération. Une simple incision elliptique fut faite; le grand trochanter, découvert et dénudé, fut enlevé avec la scie à molettes couche par couche, jusque près de la cavité digitale. L'opération fut heureusement et rapidement terminée, et tout continua à faire présumer qu'elle aurait un plein succès.

Le 3 octobre. Il n'y a pas eu le moindre accident; la plaie s'est peu à peu detergée; la cicatrisation s'est formée assez rapidement; il ne reste plus qu'un seul point fistuleux. Le malade a commencé à marcher depuis quelques jours.

Le 15. Il reprend ses travaux anatomiques; il se trouve très-bien. La guérison est complète. Ce résultat est des plus heureux

La connaissance de ces faits, je le répète, pourra devenir d'une grande importance pour la pratique; il s'en faut que les maladies du grand trochanter soient aussi rares qu'on le pense communément; M. Velpeau m'a dit en avoir déjà recueilli huit exemples, dont quatre dans le cours de l'année 1836. Il est malheureusement très-probable qu'elles sont souvent confondues avec des lésions de l'articulation coxo-fémorale; et alors un mal, qu'on pourrait facilement détruire à son origine, finit par empirer, s'étendre et s'élever au-dessus des ressources de l'art.

Le point de départ de la carie de l'os se trouve souvent dans une inflammation de la bourse muqueuse sous-cutanée, destinée à favoriser le glissement de la peau sur le grand trochanter qui participe ainsi tôt ou tard à l'altération des parties molles. On sent de quelle importance est alors le diagnostic. Ce sera provoquer un progrès que de signaler cette cause d'erreur et d'éveiller l'attention des observateurs sur ce point de pratique. Il faudra donc s'attacher à reconnaître l'affection distincte du grand trochanter, et l'enlever par une résection avant qu'elle ait compromis l'existence du membre et celle du malade.

Il y a, pour les résections en général, plusieurs circonstances et précautions essentielles à observer pour leur conserver tous leurs avantages. Ici l'indication est urgente; et il est évident que l'expectation ne saurait être permise aussi longtemps que pour l'amputation, attendu qu'il faut agir sur le lieu même du mal, et que, si on lui laisse faire des progrès jusqu'au point d'altérer trop profondément les parties molles qui l'environnent, la résection sera devenue impraticable, ou tout au

moins beaucoup de chances de succès seront perdues; le moment véritablement propice aura été dépassé.

La parfaite dénudation du fragment à réséquer est aussi une pratique importante, dans le double but de découvrir complétement tous les points malades et de ne pas léser avec la scie les parties molles, ce qui, sans cette précaution, ne manquerait pas d'arriver, la scie ne pouvant alors que difficilement commencer sa voie. En négligeant ces préceptes, on rend l'opération plus longue et plus malaisée.

Évidemment ce mode d'ostéotomie a un grand avantage, soit sur le ciseau et la gouge qui ébranlent l'économie, impriment des secousses cruelles et funestes, et ne sectionnent pas toujours nettement, soit sur les cisailles ou pinces incisives qui agissent constamment par une double pression et ont souvent le désavantage de faire éclater l'os en esquilles. D'ailleurs ces derniers procédés ne sont pas toujours applicables, et ils ne seraient pas sans danger quand on a affaire à une lésion osseuse dans le voisinage des articulations, des viscères, ou des troncs sanguins ou nerveux qu'il serait dangereux de léser. Les scies nouvelles nous permettent d'aller sous ce rapport plus loin que nos devanciers, et ce n'est point au genre de résection dont je me suis occupé ici qu'on appliquera ces paroles d'un auteur moderne : « La résection, comme on pourra facilement s'en convaincre, est souvent plus laborieuse et plus grave que l'amputation; ce n'est qu'au prix de vives douleurs que les malades achètent, dans ces cas, l'avantage de conserver le membre ou la partie affectée, et quelques-uns pourraient bien être incapables de supporter les longueurs et les souffrances de la résection, pour lesquels l'amputation offrirait quelques chances de succès. (*Dict. de méd. et de chir. prat.*, 1835, XIV-254). Il ne s'agit dans ce jugement que de la résection complète d'une grande articulation.

On n'est pas d'accord sur le mode de pansement le plus convenable : un auteur estimé de médecine opératoire a écrit dans ces derniers temps : « L'opération faite, on réunit la plaie avec des bandelettes agglutinatives, et, au besoin, par la suture entrecoupée. » Il y a, en effet, des cas où la réunion immédiate peut être obtenue, et, en pareille occurrence, on serait coupable de ne pas la tenter. Mais ces cas ne sont pas les plus communs, et, pour la majorité, on ne peut espérer qu'une réunion par seconde intention; et alors il pourrait être dangereux de maintenir la plaie comme pour la cicatrisation immédiate. On concevra sans peine qu'il ne peut en être autrement, si l'on réfléchit qu'on a affaire à des altérations organiques anciennes, qui d'ordinaire ont largement retenti tout autour de leur siége. Je sais que sir Astley Cooper fait mention de la réunion par agglutination et par suture; mais il faut remarquer que les résections dont il parle sont toutes relatives, non point à des lésions organiques d'ancienne date, mais à des luxations récentes du pied compliquées de plaies et souvent de fractures; et c'est précisément la circonstance qui permet le mieux d'essayer la cicatrisation par première intention, qui est ici d'autant plus avantageuse, quand on peut l'obtenir, qu'elle met la plaie de l'article à l'abri du contact de l'air et des accidents consécutifs. Je ferai remarquer que ces résections sont faites dans les conditions les plus favorables, à l'instant même où les lésions traumatiques viennent d'avoir lieu; aucune maladie préexistante des os ou des parties molles ne contr'indiquait cette pratique. Mais, quand cette complication existe, je me range volontiers, sur ce point, à l'opinion de M. Blandin. « Nous croyons, dit-il, qu'on doit établir en principe de ne pas trop chercher la réunion immédiate après la plupart des résections. En effet, elle est presque impossible, et, par conséquent, ce serait exposer le malade aux accidents nombreux et variés, qui résultent parfois du rapprochement immédiat des lèvres des plaies, dans les circonstances où ce rapprochement était beaucoup mieux indiqué. La suppuration étant presque inévitable après les résections, il faut se garder de fermer aussi complétement les plaies qui en résultent, qu'après les amputations. Très-souvent même il nous est arrivé de mettre un peu de charpie mollette entre les lèvres, et de les faire recouvrir d'un cataplasme simple ou laudanisé. » (*Dict. de Méd. et de chir. prat.*, 1835, XIV-256.)

On ne peut rien dire de fixe sur la durée de la convalescence : elle a été très-variable dans nos observations, comme dans celles de sir Astley Cooper, ce qui s'explique par la diversité des lésions dont il s'agissait. On voit que cette durée a été, dans un cas, de vingt jours (obs. III); dans quatre, d'un mois à un mois et demi (obs. VII, X, XII, XIII); dans deux, de deux mois (obs. I, IV); dans trois, d'environ trois mois (obs. VI, VIII, IX); dans un seul, de quatre mois (obs. II); et enfin, dans un dernier, la guérison était incomplète au bout de neuf mois (obs. IX). » Je n'ai vu aucun cas de mort, dit Astley Cooper, après la résection des extrémités osseuses dans les cas de luxations, tandis que je citerai plusieurs exemples de terminaison fatale dans les cas de non résection. Quand la suppuration a lieu, elle devient moins considérable, et une grande partie du travail ulcératif est empêchée par l'ablation du cartilage sur l'une des surfaces articulaires. Toutes choses égales d'ailleurs, la guérison arrive plus promptement. »

Ces paroles, dictées au chirurgien anglais par une longue expérience, sont une grande autorité en matière de résections.

PÉTREQUIN, D.-M. P.

N° 4. — 28 JANVIER.

Épidémies de Londres et de Paris.

L'épidémie de Londres paraît avoir acquis un caractère de gravité qu'elle n'avait pas à son début : toutes les feuilles quotidiennes sont pleines de détails alarmants. Suivant le *Times* du 24, il serait mort jusqu'à 1,000 personnes dans un jour. Quelque exagérées qu'on suppose ces assertions, on ne peut s'empêcher de voir dans l'épidémie de Londres autre chose que la grippe que nous avons eue en 1831, et qui paraît nous revenir. En attendant que les journaux de médecine anglais nous aient apporté des renseignements détaillés sur les caractères pathologiques, la nature et le traitement de cette redoutable maladie, voici, sur ces différents points, les renseignements que nous avons pu nous procurer.

La maladie débute par un mal de gorge accompagné de fièvre : l'affection envahit successivement la trachée-artère et les bronches : le malade éprouve des accès de toux et de suffocation; la fièvre augmente et devient très-forte; l'expectoration est difficile et visqueuse. Bientôt ces symptômes s'aggravent; il s'y joint une

constriction spasmodique des parois thoraciques, et le malade succombe en très-peu de jours ou entre en convalescence. Les rechutes paraissent fréquentes. A l'ouverture du cadavre, on trouve la muqueuse bronchique légèrement phlogosée et boursouflée jusqu'aux dernières ramifications bronchiques ; elle est enduite d'une couche épaisse de mucosité, comme d'une fausse membrane. Les plèvres sont saines ; les poumons sont sains aussi, mais quelquefois légèrement engoués. L'épidémie paraît s'être déclarée dans le commencement de janvier : elle a d'abord attaqué les vieillards de la classe aisée, puis indistinctement les personnes de tous les âges et de toutes les conditions. Elle s'est répandue avec rapidité dans les lieux où beaucoup de personnes se rassemblent, dans les prisons, les casernes, les fabriques, les théâtres, etc.

L'effrayante mortalité qu'elle entraîne ne permet pas de croire qu'on ait jusqu'ici de bonnes méthodes pour la traiter. On dit cependant que les évacuations sanguines sont surtout pernicieuses, qu'elles tuent sur-le champ. Les moyens dont on paraît s'être le mieux trouvé sont les boissons diaphorétiques très-chaudes et les purgatifs.

Plusieurs journaux anglais affirment qu'il existe à Paris la même maladie qu'à Londres : jusqu'ici nous n'avons rien observé de semblable. L'affection qui commence à régner parmi nous est tout au plus l'analogue de la grippe de 1831, du moins sous le rapport de la gravité de ses symptômes.

Un des membres de l'Académie de médecine a proposé de nommer une commission spéciale pour l'épidémie de Paris. Outre qu'une telle mesure serait capable de jeter l'alarme dans la population, elle n'aboutirait pas à grand chose. S'il y a une épidémie dans Paris il suffira de quelques jours pour que tout le monde sache à quoi s'en tenir : les nombreux praticiens dont se compose l'Académie rendront bien compte, à la prochaine séance, de ce qu'ils auront vu, sans qu'il soit nécessaire de charger spécialement de cette mission tel ou tel membre. Une commission est utile quand tout le monde ne peut pas voir par soi-même, et quand les faits se passent loin de l'observation de tous. Jusqu'ici l'affection régnante n'avait pas eu un caractère de généralité tel qu'on pût la regarder comme une épidémie ; du moins aucun membre de l'Académie n'a fourni de renseignement qui puisse le faire croire. Depuis quelques jours seulement on parle d'un grand nombre de malades dans les pensionnats et dans les colléges : on cite un de ces établissements où 80 à 100 individus auraient été atteints dans l'espace de deux jours. La maladie serait la reproduction de la grippe de 1831 avec ses symptômes et sa bénignité. Nous attendrons des renseignements plus certains pour donner plus de développement à nos observations. Pour aujourd'hui nous nous bornons à enregistrer les faits tels qu'on les annonce. Dans notre numéro prochain nous donnerons des détails proportionnés à la réalité et à l'importance de ces faits.

Mémoire sur le délire, les convulsions et l'épilepsie produits par les préparations de plomb ; par V. Nivet, interne des hôpitaux.

(Troisième article. Voir les n° du 26 novembre 1836 et du 14 janvier 1837.)

§ I. *Observations d'épilepsie saturnine et d'état comateux*, suivies d'un résumé.

Épilepsie saturnine ; délire ; mort.

Obs. VI — Le 7 mars 1835, est entré à l'hôpital Beaujon le nommé Charles, âgé de 27 ans, d'une forte constitution.

Cet homme s'est bien porté jusqu'en 1834, époque à laquelle il a commencé à travailler à la fabrique de blanc de céruse de Clichy.

Il a déjà eu quatre coliques de plomb, et depuis longtemps il éprouve des tremblements et des crampes dans les jambes et les bras.

La maladie dont il est actuellement atteint a débuté, il y a huit jours, par des coliques.

A son entrée à l'hôpital, il était dans l'état suivant : il vient de vomir des matières aqueuses jaunâtres ; il se plaint d'une douleur vive dans la zone épigastrique, de coliques, de crampes dans les jambes et les bras ; il n'est pas allé à la garde-robe depuis deux jours ; la face est pâle, jaune de cire, les dents noirâtres, le pouls naturel, la respiration gênée.

Prescription : limonade ; deux lavements purgatifs composés ; cataplasmes laudanisés sur le ventre ; diète.

Le 8. Insomnie, coliques très-vives ; l'intelligence est un peu troublée. A la suite de ses lavements il a rendu des matières dures, noirâtres et arrondies en assez grande quantité.

Prescription de la veille, et, de plus, 24 grains d'ipécacuanha en trois prises.

Le 9. L'ipécacuanha n'a point déterminé de vomissements, mais il a eu plusieurs évacuations alvines ; on nous assure qu'hier, pendant la journée, il a eu deux attaques d'épilepsie. Aujourd'hui le pouls est fréquent (112), et le malade se plaint d'éprouver des crampes dans les jambes.

Prescription : Saignée de trois palettes ; bain savonneux ; trois lavements purgatifs composés ; limonade sulfurique. Le sang de la saignée est médiocrement séreux et n'offre pas de couenne à sa surface.

Le 10. Hier après le bain, ce malade était tellement faible, qu'il est tombé en syncope ; peu de temps après, il a vomi deux fois et a rendu deux garde-robes assez abondantes.

Les attaques ne se sont pas renouvelées.

Ce matin à 5 heures, après avoir poussé un cri assez fort, il a présenté des contractures des muscles, du tronc et des membres, suivies de relâchement de ces organes ; ces divers états se succédaient rapidement ; les yeux étaient agités par des mouvements convulsifs ; la figure était pâle, les lèvres violacées, et l'on voyait sortir par la bouche, pendant chaque expiration, une écume blanchâtre ; l'attaque s'est terminée par un profond soupir.

Elle a duré 3 à 4 minutes ; elle s'est renouvelée à 8 heures.

A l'heure de la visite, la figure est pâle ; ce malade

paraît dans un état de délire; il répond en souriant aux questions qu'on lui adresse; il dit qu'il ne souffre ni de la tête, ni du ventre; les vomissements se sont reproduits; les évacuations continuent à être assez fréquentes; le pouls conserve sa fréquence.

Vingt sangsues derrière les oreilles; un lavement purgatif; diète.

Vers midi, peu de temps après l'application des sangsues, il a éprouvé une attaque d'épilepsie semblable aux précédentes; une seconde a eu lieu à quatre heures. Après cette dernière, il est tombé dans un état d'assoupissement dont on le tire avec peine en lui adressant des questions.

Le 11. Le pouls est toujours fréquent, peu fort (104); trois garde-robes ont eu lieu depuis hier. Le délire continue; le sourcil est moins froncé; l'état d'assoupissement persiste.

Bain, lavement purgatif, vingt sangsues; *idem.*

Le 12. Pendant qu'il était au bain, il est survenu une attaque d'épilepsie qui a duré pendant vingt minutes: elle a été plus forte que toutes celles qui l'avaient précédée. Pendant la nuit, il a eu cinq nouveaux accès semblables.

Ce matin, la vision est abolie, mais il paraît entendre ce qu'on lui dit; la sensibilité de la peau est diminuée, mais n'est pas complétement abolie; ce malade ne demande plus le bassin; il laisse aller ses garde-robes dans son lit; le pouls est un peu fréquent (92).

On substitue aux sangsues l'application de deux ventouses.

Le 13. Les attaques ont été aussi nombreuses qu'hier; les yeux sont immobiles, la vue et l'ouïe abolis; lorsqu'on le pince, il ne donne aucun signe de sensibilité; il n'a pas eu de selle depuis hier. Huile de ricin, 1 once, et huile de croton, 2 gouttes; un lavement purgatif; vésicatoire à la nuque.

Le 14. Les accès d'épilepsie n'ont pas été moins fréquents que la veille (5), il est, du reste, dans le même état; l'assoupissement persiste, et, dans l'intervalle des accès, il tombe dans un état comateux complet.

Le vésicatoire a bien pris.

Julep avec addition de strychnine, un quart de grain.

Dans le courant de la journée il a eu six attaques, une septième est survenue à 9 heures du soir, elle était accompagnée d'un râle trachéal très-bruyant, et s'est terminée par la mort.

Autopsie faite le 16, *à* 10 *heures du matin.*

Le cerveau présente son volume ordinaire; mais quelques-unes des circonvolutions qui correspondent à la partie moyenne de la suture sagittale forment une saillie d'une ligne et demie à deux lignes, qui est logée dans un enfoncement des os du crâne, qui est le résultat du rapprochement des deux lames compactes, car on ne voit aucune saillie à l'extérieur.

Le cerveau est un peu mou, il offre sa coloration habituelle.

Sur la pie-mère, on remarque des arborisations très-belles; la partie des méninges qui correspond aux circonvolutions saillantes est un peu épaissie et opaque; la pie-mère contient dans ses mailles une petite quantité de sérosité incolore; la moelle n'a pas été examinée.

Le cœur renferme des caillots noirâtres assez volumineux, surtout dans les cavités droites.

Les poumons sont engoués en arrière.

Huit à dix onces de sérosité citrine transparente existent dans la cavité pleurétique droite.

On trouve sur la surface interne de l'estomac des arborisations brunâtres qui dessinent le trajet des vaisseaux, et, entre ces lignes, des plaques ou un pointillé rouge qui tranchent avec la couleur-blanc grisâtre de l'estomac.

La muqueuse est un peu amincie au niveau du grand cul-de-sac, mais ne paraît pas ramollie.

Le duodénum et le jéjunum n'offrent rien de remarquable, mais on trouve dans la moitié inférieure de l'iléum de petits points noirs qui nous ont paru occuper le sommet des villosités; ils sont très-nombreux, et on les retrouve jusque sur la valvule iléo-cœcale.

Le cœcum et le colon, cependant, sont fortement colorés en noir; cette couleur est uniforme et disparaît dans le colon transverse; l'intestin grêle est distendu par des gaz, sa muqueuse est amincie; cet amincissement paraît être le résultat de sa distension.

Les autres viscères de l'abdomen sont sains.

Colique saturnine; attaques d'épilepsie; délire; mort.
Observation communiquée par M. Martin-Solon.

Obs. VII. — Au n° 136 de l'hôpital Beaujon, est couché le nommé Noyer, âgé de 38 ans, entré le 15 février 1834.

Cet homme travaille à la fabrication du blanc de céruse depuis environ six mois.

Au mois de novembre 1834, il fut pris pour la première fois de coliques vives avec constipation; il entra à l'hôpital Beaujon pour cette maladie et il y fut traité par l'huile de ricin et de croton tiglium; ce n'est qu'au mois de janvier qu'il rentra à la fabrique où il travailla de nouveau pendant cinq semaines sans éprouver aucun accident.

Il y a quatre jours, il fut pris de coliques violentes avec diarrhée; sentiment de constriction douloureuse à la base de la poitrine; douleur excessive dans la région lombaire; l'appétit était conservé.

Ces symptômes diminuèrent un peu les jours suivants, mais à son entrée ils étaient encore très-intenses.

On fit la prescription suivante: limonade sulfurique; cataplasmes laudanisés; julep ext. d'opium, 1 grain.

Le lendemain le malade se trouva mieux; le soir la diarrhée ayant cessé, on administra un lavement purgatif qui fut suivi de l'évacuation de 25 garde-robes pendant la nuit.

Le 17 février. Le malade est pâle et défait, le teint est plombé; le ventre très-douloureux; la pression n'augmente ni ne diminue la douleur; la bouche est mauvaise; le pouls un peu fréquent (81).

Prescription: gomme; julep avec extr. d'opium, 2 gr.; sirop diacode, une demi-once; cataplasmes laudanisés; diète.

Le 18, les douleurs abdominales sont moins fortes, le nombre des garde-robes a diminué.

2 lavements purgatifs.

Le 19, le malade a rendu 7 à 8 garde-robes; le ventre est moins douloureux; les coliques légères.

Même prescription.

Le jeudi, 20, il a été très-agité pendant la nuit, et on a été obligé de lui mettre la camisole; ce matin à sept heures, après avoir déliré pendant quelque temps,

il a été pris d'une attaque avec mouvements convulsifs, contractions, écume à la bouche. L'attaque a duré en tout dix minutes, et s'est terminée par un long soupir; une sueur abondante s'est manifestée sur tout son corps, et le malade s'est assoupi ensuite. A l'heure de la visite, le visage est encore couvert de sueur; la face est pâle; les yeux égarés, abattus; le pouls un peu fréquent; les symptômes abdominaux ont beaucoup diminué; le malade répond assez juste aux questions qu'on lui adresse.

Prescription : 12 sangsues derrière les oreilles; lavement purgatif; cataplasmes sinapisés aux membres inférieurs; limonade sulfurique; bouillon. Dans la soirée, il a été très-agité pendant quelques instants, mais depuis il a été très-tranquille.

Le 21 février, à 7 heures du matin, un nouvel accès semblable à celui de la veille s'est manifesté sur les neuf heures; le visage est couvert d'une sueur froide et visqueuse; les yeux sont égarés; la tête est un peu douloureuse; abandonné à lui-même, il divague, croit voir des troupes manœuvrer; mais si l'on fixe ses idées, il répond avec assez de justesse; la myotilité et la sensibilité des membres n'offrent aucune altération.

La langue est rouge; la soif vive; le pouls fréquent et faible (92); le ventre peu douloureux.

La périodicité des accès engage à donner le sulfate de quinine à la dose de 8 grains en 4 prises. On ajoute un lavement purgatif et des compresses trempées dans l'eau froide appliquées sur le front.

Le samedi 22, l'accès n'est pas revenu, mais le malade se plaint d'éprouver, comme la veille, un sentiment de lassitude générale.

Un accès d'épilepsie s'est manifesté à trois heures, un autre a eu lieu à 8 heures du soir et à la suite de ce dernier il est mort.

L'application d'un vésicatoire et de sinapismes aux jambes qui ont été prescrits après le premier accès, n'ont déterminé aucun changement favorable.

Le lundi, 24, on a fait l'autopsie, 36 heures après la mort.

La surface du cerveau n'est injectée dans aucun de ses points; l'arachnoïde cérébrale est soulevée par une petite quantité de sérosité rosée et opaline; les ventricules sont vides; la substance cérébrale est à peine pointillée en certains endroits.

La moelle épinière n'offre aucune altération notable.

L'estomac est pointillé de rouge vers le pylore et le long de la petite courbure.

On rencontre quelques arborisations dans le tube digestif.

Colique saturnine; délire; épilepsie; mort.

Obs. VIII. — Le 23 juillet 1835, est entrée à l'hôpital Beaujon au n° 140 A, la nommée Grart, âgée de 22 ans, journalière à la fabrique de céruse de Courbevoie depuis 5 ans : elle n'a jamais travaillé au minium.

Elle se porte habituellement bien, n'a jamais eu d'attaque d'épilepsie, elle n'avait même jamais été malade avant qu'elle eût commencé de faire sécher de la céruse.

Elle a eu une première colique trois mois après avoir commencé à manier des préparations de plomb; elle dit avoir éprouvé quelque temps après une seconde maladie semblable.

Elle est restée à l'hôpital Beaujon depuis le 9 février jusqu'au 9 mars pour une troisième colique saturnine.

La quatrième fut beaucoup plus grave, elle est survenue au mois de février 1835. Cette malade a présenté alors les symptômes suivants :

Coliques, nausées, vomissements, crampes et douleurs dans les membres, délire, attaques d'épilepsie. Elle fut traitée dans le service de M. Renaudin par les sangsues et les lavements purgatifs.

Entrée le 23 juillet dans le service de M. Martin-Solon, elle se plaignait de céphalalgie frontale.

Le lendemain matin nous la trouvâmes dans l'état suivant : teinte ictérique légère des conjonctives; les dents sont noirâtres, déchaussées; la langue couverte à la base d'un enduit jaunâtre; la bouche est mauvaise; la région ombilicale douloureuse, et la douleur augmente par la pression; par d'évacuation alvine depuis deux jours; le pouls est fréquent et dépressible (128 à la minute).

Prescription : ipécacuanha 18 grains; 2 lavements purgatifs composés : orge; miel; diète.

Vers midi, avant qu'elle eût pris sa médecine, elle a été prise d'une attaque d'épilepsie qui a duré une heure environ. A peine l'attaque avait-elle cessé, qu'on a donné l'ipécacuanha.

Elle a vomi deux fois et peu de temps après elle a eu une nouvelle attaque.

Pendant la nuit elle a eu trois nouvelles attaques; pendant l'une d'elles, cette malade s'est jetée à bas de son lit.

Nous l'avons observée pendant la durée de l'une de ces attaques, elle nous a offert les symptômes que nous allons énumérer : contraction convulsive de tous les muscles du tronc; sans mouvements convulsifs étendus; alternatives de relâchement et de contractions comme tétaniques se succédant avec rapidité; respiration incomplète, interrompue, inégale; le pouls est fréquent (136); cette femme rejette par la bouche une écume rougeâtre.

Le 25. Le lendemain, état de somnolence; air hébété; cette malade répond à peine aux questions qu'on lui adresse.

Julep, ext. de valériane, 1 gros; huile d'épurge; 1 gros; bain.

Le 26. Elle a déliré continuellement depuis hier, les attaques ne se sont pas renouvelées, mais elle a été très-agitée. Le pouls est toujours aussi fréquent. Elle a été à la garde-robe hier; le ventre paraît indolent.

Les symptômes se sont aggravés, le délire est revenu; elle parle continuellement; le visage est coloré; le pouls est tendu, assez large et résistant.

Saignée; 20 sangsues derrière les oreilles; julep avec ext. de valériane, 1 gros; un lavement purgatif.

Immédiatement après la saignée, perte de connaissance; syncope qui a duré pendant près de deux heures; la pupille droite est plus dilatée que la gauche; la peau est complétement insensible; la malade a présenté quelques mouvements convulsifs dans les bras; la déglution est impossible; les mains sont froides, le pouls petit, filiforme, très-fréquent (176). Sinapisme aux jambes et sur la région du cœur.

Morte le 27 juillet, à trois heures du soir.

Autopsie faite le 28, à huit heures du matin.

Maigreur; couleur jaune-paille de la peau; la moelle n'a pas été examinée.

Les enveloppes du cerveau n'offrent aucune altéra-

tion notable. Le cerveau est volumineux, les circonvolutions sont un peu aplaties ; la coloration du cerveau est normale ; la substance médullaire est un peu molle, mais paraît saine.

Engouement des deux poumons en arrière, quelques tubercules très-petits au sommet des deux poumons ; le cœur paraît sain.

L'estomac, le duodénum et le jéjunum sont sains ; plus loin, vers l'origine de l'iléum, une anse intestinale est d'un rouge foncé ; mais la muqueuse n'est pas ramollie ; dans le reste de l'iléum les follicules isolés sont un peu plus apparents que dans l'état ordinaire.

Les follicules muqueux du gros intestin sont un peu hypertrophiés.

Du reste, la membrane muqueuse, si l'on en excepte l'anse intestinale de l'iléum, n'est nulle part ni rouge, ni ramollie.

Le foie et les reins sont gorgés de sang.

La bile est jaune-brun foncé.

On trouve dans l'ovaire gauche un kyste, au centre duquel se trouve un noyau gélatineux transparent enveloppé d'une couche de sang coagulé. L'ovaire droit est très-petit.

Colique saturnine ; délire ; épilepsie ; mort.

Obs. IX.—Le 12 septembre 1835 est entré, au n° 128 de l'hôpital Beaujon, le nommé Marie, âgé de 34 ans, doreur sur métaux.

Cet individu a abandonné son état, et il travaille depuis deux mois à la fabrique de céruse de Courbevoie.

Il est d'une bonne constitution et se porte habituellement bien.

Le 15 juillet 1835, ce malade entra à la fabrique de Courbevoie, où il travailla jusqu'au 12 septembre de la même année.

Le 11 septembre, après avoir déjeuné, il éprouva des coliques, des nausées il n'était pas allé à la garde-robe depuis plusieurs jours.

A l'époque de son entrée, 12 septembre, on lui donna deux lavements purgatifs composés.

Le 13, il présentait les symptômes que nous allons énumérer : céphalalgie frontale assez vive ; respiration un peu gênée ; pouls naturel (64), la peau n'est ni chaude, ni sèche ; la figure est un peu amaigrie et grippée ; le teint est jaune de cire ; les sourcils sont froncés ; la bouche est mauvaise, amère ; l'haleine saburrale ; la langue naturelle ; les dents offrent une couleur noirâtre, surtout près de leur couronne ; l'épigastre est douloureux ; le malade se plaint d'éprouver des nausées, de la douleur dans le cordon testiculaire ; le ventre n'est pas retracté ; une pression forte et prolongée diminue la douleur abdominale. Ce malade se plaint en outre de ressentir des douleurs vives à la partie postérieure du collet du dos, dans la région du pli du bras, le creux poplité, la plante des pieds. Cette dernière partie est le siége de fourmillements douloureux. Il a eu cinq garde-robes à la suite de ses lavements.

Chiendent ; deux lavements purgatifs c. ; diète.

Le 14, les nausées persistent ; le ventre est moins douloureux.

Même prescription.

Le 15, hier il a eu deux vomissements ; l'haleine est toujours saburrale et la bouche amère.

Ipécacuanha, 24 gros ; un lavement purgatif c.

Il a vomi une pleine bassine de matières jaunes et amères ; il se trouve mieux.

Le 16, la bouche n'est plus amère.

Un lavement purgatif.

Le 18, il est bien allé à la garde-robe hier et aujourd'hui.

Il est sorti complétement guéri le 23 septembre.

A peine sorti de l'hôpital, Marie est retourné à la fabrique de céruse ; depuis cette époque il a eu deux nouvelles coliques qui ont été traitées à la Charité ; sorti de cet hôpital vers la fin d'octobre, il est revenu de nouveau à Courbevoie se livrer à ses travaux ordinaires.

Vers le 5 ou le 6 novembre il commença à éprouver du malaise, de la céphalalgie, une faiblesse générale, quelques coliques et de la constipation.

Le 11, il eut une attaque épileptiforme ; et le 12, il fut transporté à l'hôpital Beaujon où il fut placé a un° 126.

A l'époque de son entrée le malade est dans un état de délire ; le regard est fixe ; le visage hébété ; de temps en temps les muscles élévateurs de la mâchoire inférieure se contractent convulsivement. Il ne répond pas aux questions qu'on lui adresse.

Limonade ; trois lavements purgatifs ; julep avec addition d'extrait d'opium, 1 gros.

Le 13, il n'a pris hier qu'un seul lavement, qui a été suivi de l'évacuation de plusieurs garde-robes liquides.

Ce matin cet homme est couché sur le côté ; les membres abdominaux sont fléchis ; de temps en temps les muscles de la face se contractent convulsivement ; les dents craquent ; ces ostéides sont brunâtres surtout à la base ; l'haleine est saburrale la langue est un peu jaune à la base ; il se plaint de coliques vives ; la pression n'augmente pas la douleur abdominale ; le pouls est naturel ; les inspirations rares et profondes ; la céphalalgie vive ; le regard hébété.

Dans le courant de la journée le malade a tout à fait repris connaissance, mais son regard présente toujours une expression d'étonnement toute particulière.

Bain ; lavement purgatif.

Vers trois heures du soir, il a vomi, puis il a présenté les symptômes d'une attaque d'épilepsie qui a duré sept à huit minutes.

Vésicatoire à la nuque ; julep avec addition d'extrait de valériane, 1 once.

Vers six heures du soir, au moment où l'on achevait de lui appliquer son vésicatoire, il a été pris d'une nouvelle attaque que nous allons décrire.

A peine est-il recouché que le regard devient fixe ; la tête immobile ; le malade ne parle plus ; il pousse quelques gémissements, et quelques secondes après survient une contraction brusque de tous les muscles du corps ; il semble que son corps est d'une seule pièce ; les membres étendus ne peuvent être fléchis quelque effort que l'on fasse ; cet état dure une ou deux minutes, et bientôt on voit survenir des contractions tétaniques brusques, répétées, alternant avec un relâchement momentané des muscles du tronc et des membres. Pendant les contractions, le tronc se renverse en arrière et les bras sont appliqués sur les parties latérales du corps.

La respiration est entrecoupée, convulsive, incomplète ; le malade rejette par la bouche une écume blanchâtre.

Pendant cette partie de l'accès, le pouls est très-fréquent (116 pulsations à la minute) ; les pupilles sont fortement

contractées; les yeux agités de mouvements convulsifs.

Après trois ou quatre minutes la respiration commence à se rétablir, mais elle n'est pas régulière, chaque expiration est interrompue tout à coup, et l'on entend aussitôt un bruit de soupape comme si la glotte se fermait spasmodiquement, et ce n'est qu'après un effort qui paraît assez grand que l'air contenu dans les poumons est chassé hors de la poitrine avec un bruit de ronflement; les lèvres relâchées sont repoussées en avant, et les joues se gonflent momentanément à chaque expiration.

Les membres sont dans un état de résolution complète.

Enfin la respiration redevient normale, mais elle est lente et profonde.

L'état de résolution des membres persiste encore quelque temps, puis la peau se couvre de sueur; le malade ouvre les yeux et répond aux questions qu'on lui adresse mais il est très-fatigué.

L'accès a duré en tout quatorze à quinze minutes.

Pendant l'accès on a appliqué des sinapismes aux jambes, il n'a commencé à les sentir qu'au moment où il a repris connaissance.

Quelques heures plus tard, l'intelligence et la mémoire étaient tout à fait revenues, et il nous a affirmé que jamais avant de travailler au plomb il n'avait eu d'accès d'épilepsie. Il nous avait déjà affirmé la même chose dans les renseignements que nous lui avons demandés le 13.

Le 14 matin, à cinq heures, il à eu un léger accès qui a duré six à sept minutes. Il n'est pas allé à la garde-robe pendant la journée d'hier; le ventre paraît douloureux; la céphalalgie est toujours très-vive; le malade s'agite continuellement, il éprouve des baillements fréquents, des grincements de dents; les pupilles sont contractées; le pouls naturel pour la force et le rithme (96 pulsations à la minute).

Sinapismes aux jambes; un lavement purgatif c.; potion avec extrait de valériane, 1 gros; extrait de quina, 1 gros.

Le 15, le vésicatoire a bien pris.

Une nouvelle attaque a eu lieu hier soir. Ce matin il est assez tranquille, mais il paraît souffrir; il se plaint continuellement; deux évacuations ont suivi l'administration de son lavement.

Même prescription.

Le 16, plaintes continuelles pendant la nuit.

Il agite continuellement ses bras et ses mains comme s'il cherchait quelque chose; les yeux sont fixes; les pupilles naturelles; l'état d'hébètement persiste; on ne peut obtenir aucune réponse.

Bain; affusions froides sur la tête; sinaspismes aux jambes.

Au moment où l'on a fait les affusions tout le corps de ce malade s'est raidi, de manière qu'on pouvait le lever d'une seule pièce comme une statue; une écume rougeâtre s'échappait de sa bouche.

Le soir, une sueur chaude couvre tout son corps; l'état de somnolence et la gélation des mains persistent; le malade va à la garde-robe et urine dans son lit; le pouls et très-fréquent (160).

On applique sur la tête des vessies remplies d'eau glacée.

Le 17, vers cinq heures du matin, il a eu une nouvelle attaque d'épilepsie très-intense; à six heures il est tombé dans un état de somnolence et d'insensibilité complète; les yeux sont fixes; les pupilles immobiles; on entend un râle trachéal très-bruyant; le pouls est faible (156 par minute); la respiration inégale; les lèvres relâchées sont repoussées pendant l'extirpation.

Ce malade est mort à neuf heures du soir.

L'autopsie a été faite le 19 novembre 1835.

Le péricarde renferme une demi-once de sérosité rougeâtre.

Les cavités droites du cœur contiennent du sang noir et liquide; les cavités gauches renferment des caillots moins volumineux; la veine porte est gorgée de sang présentant les mêmes caractères; les veines mésentériques sont aussi très-remarquables sous le rapport de la congestion dont elles sont le siège.

Le lobe inférieur du poumon droit est uni à la plèvre costale par quelques liens celluleux anciens. Les deux poumons sont sains et crépitants, surnagent l'eau mais ils sont engoués en arrière.

L'estomac est pâle à l'extérieur; on remarque dans toute l'étendue du grand cul-de-sac des lignes brunâtres qui marquent le trajet des vaisseaux; la muqueuse stomacale est ramollie et un peu épaissie.

Dans l'intestin grêle on trouve surtout, le long de sa petite courbure, une herborisation vasculaire très-belle. Dans quelques parties de l'iléum il existe autour des vaisseaux de petites ecchymoses peu nombreuses; dans le tissu cellulaire sous-muqueux quelques bulles d'air se sont développées dans le tissu cellulaire qui est le siége de ces ecchymoses.

La face interne du colon ascendant et du cœcum offrent une coloration grise-ardoise assez uniforme; les follicules muqueux, hypertrophiés, un peu plus blancs, forment une éruption assez régulièrement disposée.

La membrane muqueuse de l'intestin grêle et du gros intestin ne paraît ni épaissie, ni ramollie; on en enlève facilement des lambeaux assez étendus.

Le foie est fortement congestionné; la rate est petite et n'offre rien de particulier.

A l'ouverture du crâne, on remarque que le liquide de Magendie est assez abondant.

La moelle et ses enveloppes n'offrent aucune altération.

Les circonvolutions cérébrales sont un peu affaissées; il en résulte que les anfractuosités sont moins profondes.

La substance grise cérébrale est saine.

On ne remarque rien d'anormal dans les parties centrales de la substance blanche; mais, sur les limites de la substance blanche et grise, particulièrement dans les endroits où la première se réduit en lames ou en faisceaux pour former les circonvolutions, elle offre une coloration jaune-safran très-belle; l'épaisseur de cette couche varie: elle est d une à trois lignes environ. Dans les endroits où la couche est assez épaisse pour qu'on puisse apprécier sa densité, on trouve qu'elle est notablement ramollie.

La partie externe du lobe postérieur du côté droit est le siége de cette altération.

Il n'existe aucun signe de congestion autour des parties malades; pas de traces d'ecchymose, pas de petit foyer sanguin.

Plus en dedans, la substance blanche est un peu piquetée de rouge.

Les méninges paraissent saines; les sinus renferment une assez grande quantité de sang noir et liquide.

—

Première colique saturnine suivie d'attaque d'épilepsie et d'état comateux ; mort.

Obs. X. — Le 23 octobre 1835, est entré au n° 144 de l'hôpital Beaujon la nommée Françoise, ouvrière au blanc de céruse à Courbevoie, âgée de 22 ans. Cette malade est habituellement bien réglée : elle a ses règles actuellement.

Elle a commencé à travailler au blanc de céruse il y a six semaines, et, depuis un mois, elle a été prise de perte d'appétit, nausées, coliques vives avec constipation.

Il y a quinze jours à peu près qu'aux symptômes précédents se joignirent une céphalalgie vive et des vomissements. Ce dernier symptôme s'est renouvelé le jour de l'entrée de la malade à l'hôpital.

A cette époque elle offrait les symptômes suivants : céphalalgie très-vive, perte d'appétit, bouche amère, dents noires à la base, langue saburrale ; soif vive, nausées, douleur vive à l'épigastre, n'augmentant pas par la pression. Le pouls est naturel (60). Elle n'est pas allée à la garde-robe depuis dix jours.

Trois lavements purgatifs ; orge miellée, diète.

Le 25 octobre. Elle a été soulagée après ses lavements ; mais la céphalalgie est toujours tellement vive, qu'elle a empêché cette malade de dormir pendant toute la nuit ; elle a poussé des plaintes continuelles. Les règles continuent de couler.

Prescription : trois lavements purgatifs ; julep avec extrait d'opium, un grain.

Le 26. Plusieurs garde-robes ont eu lieu après l'administration des lavements ; les douleurs abdominales sont moins vives.

Hier, vers une heure après midi, cette femme a eu une attaque d'épilepsie : on nous a dit qu'elle présentait des mouvements convulsifs dans tous les membres, et qu'elle rejetait de l'écume par la bouche. Lorsque nous avons été appelés, les attaques avaient cessé ; les membres étaient dans un état de résolution ; la figure était hébétée, le pouls naturel.

Hier soir, vers six heures, la connaissance était revenue, et cette malade nous a affirmé alors que *jamais, avant d'avoir travaillé au plomb, elle n'avait eu d'attaque d'épilepsie.*

Pendant la nuit elle a rendu plusieurs garde-robes sous elle.

Ce matin, elle est dans un état de stupeur et d'hébétement : elle répond à peine aux questions qu'on lui adresse ; cependant l'intelligence paraît conservée ; elle se plaint toujours d'éprouver une céphalalgie vive et des douleurs dans le ventre. Le pouls est naturel ; les règles se sont arrêtées ; elles ont duré le même temps qu'aux époques précédentes.

Lavement purgatif ; limonade ; julep avec addition d'extrait de valériane, 1 gros ; cataplasmes sinapisés aux jambes.

Vers quatre heures du soir, elle a été prise de contractions convulsives des yeux et des muscles de la face, puis elle est tombée dans un état de somnolence dont il était impossible de la tirer.

A sept heures, la respiration est devenue très-gênée ; l'expiration était accompagnée d'un ronflement très-bruyant ; elle a éprouvé quelques efforts de vomissements, puis elle a rejeté par la bouche une écume grisâtre ; la face est hébétée ; les lèvres pâles ; les pupilles contractées ; les sourcils froncés ; la peau chaude ; le pouls tendu, large, très-fréquent (160) ; les membres sont dans un état de résolution complète ; lorsqu'on les pince fortement, la malade donne quelques signes de sensibilité ; la déglutition est impossible.

Les sinapismes, l'inspiration de vinaigre sont sans effet.

Cet état s'est prolongé jusqu'à la mort qui a eu lieu à 9 heures du soir, le 26 octobre.

L'autopsie a été faite le 28 à huit heures du matin.

L'estomac paraît sain ; le duodénum et le jéjunum renferment une matière qui offre la couleur de la bile renfermée dans la vésicule du foie. Vers la fin de l'iléum on trouve quelques herborisations, et trois ou quatre plaques de Peyer un peu hypertrophiées ; la membrane muqueuse n'est ni rouge, ni ramollie, ni ulcérée ; le colon est sain, mais les follicules muqueux sont très-volumineux.

Dans aucun endroit du tube digestif il n'existait de rétrécissement bien marqué.

L'ovaire gauche renfermait un kyste séreux du volume d'une petite orange, et dans l'épaisseur du tissu de l'ovaire on a trouvé un petit foyer hémorrahagique récent.

Crâne. Le tissu de la pie-mère offre une injection vasculaire assez prononcée : tout le lobe droit du cerveau est un peu mou ; au-dessous de la substance grise qui n'offre rien d'anormal, on trouve la substance blanche qui présente une coloration jaune-safran pâle ; les parties colorées en jaune se prologent dans les circonvolutions ; l'épaisseur de cette couche est de 2 à 4 lignes ; plus en dedans la substance cérébrale est saine.

Dans les endroits où la couche malade est assez épaisse pour qu'on puisse apprécier sa densité, on trouve qu'elle est ramollie.

Toute la substance blanche qui forme la cornée sphénoïdale est jaune et transformée en une bouillie épaisse ; il n'existe autour des parties malades aucune trace d'injection ; l'autre hémisphère est sain.

Le lobe droit du cervelet présente en dedans du corps rhomboïdal un ramollissement blanc piqueté de rouge du volume d'une noisette.

Les autres portions du cervelet n'offrent aucune altération.

Les adhérences celluleuses générales unissent les poumons à la plèvre et le cœur au péricarde ; les poumons sont engoués en arrière.

État comateux ; épilepsie ; mort.

Obs. XI. — Le 29 mars 1835, est entré au n° 139 bis de l'hôpital Beaujon, le nommé Jadin, Joseph, âgé de 29 ans, perruquier.

Cet homme travaille au blanc de céruse depuis le 1er février 1835.

Il a commencé à ressentir des coliques le 23 mars ; il éprouvait en même temps des crampes dans les jambes, et des douleurs dans le ventre.

Les jours suivants les coliques ont augmenté, des vomissements sont survenus ; enfin le 29 il entra à l'hôpital Beaujon, il était dans l'état suivant : la bouche est sèche, n'est pas amère ; les conjonctives et la peau de la face offrent une teinte ictérique légère.

Tout l'abdomen est douloureux, mais la douleur n'augmente pas par la pression ; il n'est pas allé à la

garde-robe depuis 5 jours ; la respiration est gênée ; le pouls naturel.

Ce malade a été traité par les lavements purgatifs composés, l'hydrochlorate de morphine et la limonade à l'intérieur ; on a fait une seule application de 20 sangsues à l'épigastre.

Ce malade est sorti guéri le 9 mars.

Le 7 juin, cet homme fut rapporté à l'hôpital Beaujon dans un état de coma complet. On nous donne sur lui les renseignements suivants :

Après sa sortie de l'hôpital Beaujon, il retourna travailler à la fabrique de Courbevoie, mais quelque temps après il retomba malade, et entra à la Charité où il fut traité par les saignées et les sangsues. Au bout de trois semaines il sortit et retourna une troisième fois à la fabrique de céruse ; mais depuis cette dernière maladie il était devenu triste, morose, peu communicatif.

Le 6 juin, après son repas du soir, il jouait avec un enfant, lorsque survint tout à coup l'attaque pour laquelle il a été transporté à l'hôpital et qui n'a cessé qu'avec la vie.

Le 7 juin, vers midi, nous l'avons trouvé dans l'état que nous allons décrire.

Coma ; insensibilité presque complète ; il ne voit ni n'entend personne, ce n'est que lorsqu'on le pince très-fortement qu'il retire un peu la partie sur laquelle on agit. De temps en temps il a des contractions dans les bras et les jambes ; l'inspiration est incomplète ; pendant l'expiration les lèvres sont poussées en avant et les joues se gonflent ; le malade fume la pipe.

On lui applique des sinapismes.

Dans la soirée l'élève de garde a fait une saignée générale qui n'a été suivie d'aucune amélioration dans son état.

Plus tard on a administré deux lavements purgatifs sans plus de succès.

Pendant toute la nuit il a été à peu près dans le même état.

Le 8, vers 10 heures du matin, il a été pris de mouvements convulsifs ; il s'est jeté à terre ; la respiration est gênée, bruyante ; l'expiration est toujours accompagnée des symptômes que nous avons déjà décrits ; les lèvres sont violacées ; la face est pâle et jaunâtre ; l'insensibilité est complète ; le pouls assez fort et fréquent.

Vers la fin de son attaque il a poussé des cris effrayants ; il grinçait des dents et rejetait par la bouche une écume blanchâtre.

Prescription ; 2 lavements purgatifs ; 40 sangsues derrière les oreilles.

Ce malade est mort à midi.

L'autopsie a été faite le lendemain à 10 heures du matin.

La raideur cadavérique est considérable.

Les poumons sont engoués en arrière ; une écume bronchique abondante s'échappe des canaux aériens lorsque l'on comprime les organes respirateurs.

Le cœur est mou et contient peu de sang.

Les méninges sont injectées de sang, et sur la convexité des hémisphères on remarque que la pie-mère est infiltrée de sérosité légèrement opaline ; le cerveau, du reste, présente la densité et la coloration habituelles ; il n'est même pas piqueté de sang.

On trouve dans le grand cul-de-sac de l'estomac une plaque rouge vif, la membrane muqueuse de ce viscère est ramollie dans presque toute son étendue.

Le duodenum offre à son origine une zône rouge, longitudinalement placée ; on remarque quelques petites ecchymoses à l'extrémité des vaisseaux capillaires de quelques parties de l'iléum ; sur la valvule iléo-cœcale on voit quelques plaques de Peyer très-apparentes ; dans le colon existe une éruption de très-petites plaques blanches et arrondies, marquées d'un point noir au centre et qui nous ont paru n'être autre chose que les follicules isolés hypertrophiés ; si l'on en excepte l'estomac nulle part la membrane muqueuse n'est ramollie.

Quelques petits calculs nagent dans la vésicule du fiel au milieu d'une bile épaisse et d'un vert foncé.

Au milieu du foie on trouve trois tubercules peu volumineux enkystés, du volume d'un pois ; la présence d'un tubercule crayeux a été constatée dans l'un des ganglions bronchiques, il n'en existait pas dans le poumon.

Symptômes cérébraux ayant précédé les symptômes de la colique saturnine; mort; autopsie. (Obs. IX de la thèse de M. Canuet.)

Obs. XII.— Louis-Antoine-François Duin avait déjà été attaqué trois fois de la colique saturnine.

Le 25 octobre, il fut pris pendant son travail, d'une céphalalgie à laquelle il fit peu d'attention ; mais, quelques heures après, il tomba sans connaissance et offrit quelques mouvements convulsifs. On l'amena de suite à l'hôpital Beaujon. A quatre heures du soir il présentait les symptômes suivants : face livide, yeux fixes, pouls dur et plein, respiration longue et stertoreuse, membres supérieurs contractés et raides.

Saignée de trois palettes ; sinapismes aux pieds.

A 7 heures du soir, même insensibilité ; le malade a recouvré sa connaissance ; le pouls est fréquent ; douleurs contusives dans tous les membres ; yeux étonnés et hagards ; ventre indolent.

Le 26, au matin, pouls fréquent ; pesanteur de tête ; ventre indolent ; hébétude ; douleurs dans les membres ; langue sèche et tremblante ; pas de selles.

Limonade ; lavement émollient ; sangsues aux tempes.

Le même jour, vers le soir, coma profond ; respiration stertoreuse.

Seize sangsues derrière les oreilles ; sinaspismes aux jambes.

Le 27, même état, insensibilité des membres ; mort dans la journée.

Face livide et plombée ; ventre un pue ballonné : estomac, duodénum et intestin grêle légèrement rouges à l'intérieur ; gros intestins remplis de matières fécales peu consistantes.

Poumons crépitants et sains dans toute leur étendue ; cœur d'un volume ordinaire gorgé de sang dans ses cavités droites.

Cuir chevelu peu gorgé de sang ; os du crâne médiocrement durs ; dure-mère peu adhérente aux os.

Arachnoïde très-injectée et offrant, du côté de l'hémisphère droit, plusieurs taches opaques de la largeur d'une lentille, et, tout à fait à la partie latérale inférieure et moyenne de cet hémisphère, une plaque rouge occupant toute l'étendue du lobe moyen.

Cette tache était due à l'injection considérable des vaisseaux capillaires de cette membrane.

L'arachnoïde enlevée, la substance cérébrale était d'une consistance normale dans sa masse. On trouva quelques légères taches rouges dans la portion de la

substance grise qui correspond à la plaque que nous avions remarquée sur l'arachnoïde.

Les ventricules contenaient fort peu de sérosité ; les corps striés offraient une consistance médiocre, ainsi que le mésolobe ; mais, au-dessous de celui-ci et à droite du septum lucidum, on rencontra un romollissement bien manifeste de la largeur d'un pouce environ ; la substance cérébrale, en cet endroit, se trouvait comme caséeuse, et il était très-facile de constater sa mollesse, en la comparant avec la consistance des parties environnantes.

Le cervelet et le reste de la base du cerveau ne nous présentèrent rien de remarquable.

Rachis. Méninges gorgées de sang ; la moelle, assez ferme dans ses deux tiers supérieurs, offrait, à leur réunion avec le tiers inférieur, un petit renflement ovoïde du volume du noyau d'une olive, dont le grand diamètre était dirigé suivant l'axe longitudinal de la moelle ; ce renflement soulevait la portion d'arachnoïde qui se trouve immédiatement appliquée sur la moelle, et présentait une sorte de fluctuation. A un pouce de celui-ci en était un autre, mais un peu moins gros ; et enfin, tout-à-fait à la partie inférieure de la moelle, toute la portion qui donne naissance aux faisceaux nerveux qu'on nomme la queue de cheval, était ramollie dans l'étendue de trois pouces et offrait, comme plus haut, une fluctuation manifeste au-dessous de l'arachnoïde. Celle-ci fut ouverte dans toute la longueur de la moelle, et nous vîmes alors à découvert ces portions ramollies ; la substance nerveuse, en ces endroits, était comme caséeuse et mêlée d'un peu de sérosité. Le ramollissement inférieur surtout était remarquable par son étendue et par la couleur grisâtre qu'il présentait.

§ II. *Résumé.*

Épilepsie ; attaques épileptiformes et coma produits par les préparations saturnines.

Nous avons analysé vingt et une observations d'affections saturnines du genre de celles qui font l'objet de ce chapitre ; parmi ces malades nous avons trouvé dix huit hommes et trois femmes ; treize ouvriers au blanc de céruse, trois peintres, un fabriquant de papiers peints, un ouvrier en porcelaine, un seul travaillait au minium. Dans deux cas la profession n'a pas été notée.

Le plus jeune des ouvriers avait 18 ans ; le plus âgé 48. Le temps pendant lequel ces individus ont travaillé au plomb n'a été indiqué que pour cinq malades. Deux travaillaient depuis six semaines à deux mois ; un autre depuis six mois ; un quatrième depuis un an ; le cinquième était employé à la fabrication de la céruse depuis cinq ans.

Cinq malades avaient eu antécédemment une seule colique ; trois avaient été atteints trois fois ; deux en avaient eu plusieurs ; deux avaient été affectés quatre fois ; deux autres avaient éprouvé deux coliques, et le dernier en avait eu neuf.

Un seul individu n'avait point eu de colique saturnine antécédemment (obs. x de ce mémoire).

Parmi les vingt et un malades, dix-sept ont offert les symptômes de l'épilepsie, trois des attaques épileptiformes, un seul un état comateux survenu pendant la durée d'une colique grave.

A. *Épilepsie.*

Prodromes. Le plus souvent l'épilepsie saturnine se manifeste pendant la durée d'une colique très-intense. Cependant ce fait n'est pas constant, car on a vu les symptômes cérébraux précéder dans quelques cas rares ceux de l'affection abdominale (obs. XII de ce mémoire).

Nous ne devons pas être étonnés si les maladies saturnines qui paraissent avoir leur siége dans le système nerveux encéphalique, se développent pendant la durée des coliques saturnines graves, car c'est précisément lorsque l'action du plomb sur le système nerveux abdominal est très-violente, qu'elle doit se faire sentir plus vivement dans le système nerveux encéphalique, qui paraît moins sensible à son action.

Des lassitudes, une faiblesse générale, des crampes dans les mollets, des tremblements, des douleurs, qui ont leur siége dans les membres, sont des phénomènes qu'on observe souvent, soit avant les accès, soit au moment où ils commencent.

Fréquemment les malades se plaignent de céphalalgie, d'insomnie, d'agitation, quelques-uns tombent dans un état de délire.

Le plus souvent avant les attaques la circulation est à peine troublée, et la respiration n'offre pas d'autres altérations que celles qui existent dans la colique saturnine simple.

Un seul malade a poussé un cri au début de l'attaque ; un autre a fait entendre un gémissement ; ces phénomènes existent plus constamment chez les épileptiques ordinaires.

Marche et symptômes. Lorsque l'attaque commence, les malades perdent connaissance ; les yeux deviennent fixes, la tête immobile, la respiration s'interrompt pendant quelques secondes ou devient plus rare ; les muscles de la face sont agités de légers mouvements convulsifs ; d'autres fois on voit se manifester des grincements de dents. Et bientôt après survient une contraction générale des muscles du tronc avec renversement de la tête en arrière. La flexion des membres est impossible et la rigidité générale est telle, qu'on peut soulever les malades comme s'ils étaient d'une seule pièce ; cet état de contraction ne dure qu'un instant, et bientôt après on observe une succession rapide de contractions brusques, comme tétaniques, alternant avec un relâchement complet des muscles. Pendant les attaques la sensibilité est plus ou moins complétement abolie ; la face devient pâle, quelquefois rouge ou violacée ; les lèvres bleuâtres ; l'on voit sortir de la bouche, après chaque expiration, une écume blanchâtre, grisâtre ou teinte de sang ; la respiration est convulsive, entrecoupée, incomplète ; le pouls est fréquent, et dans les cas dans lesquels nous avons noté sa fréquence, il a varié entre 104 et 160 pulsations à la minute (obs. VI, VIII, IX, X, de ce mémoire).

Cependant on l'a vu conserver son rithme et sa fréquence ordinaires (obs. X de M. Lapomerais).

Les pupilles sont le plus souvent immobiles ; les yeux sont fixes ou hagards rarement convulsés.

Après un temps, qui a varié chez les individus soumis à notre observation entre deux et trente minutes, les mouvements convulsifs s'arrêtent ; les membres tombent dans un état de résolution ; la peau se couvre de sueur ; la respiration se rétablit, devient lente,

profonde, suspirieuse; quelquefois elle est accompagnée de ronflement pendant l'expiration. Ce n'est que dans quelques cas exceptionnels qu'on a entendu les malades pousser des cris pendant la durée ou à la fin de la crise.

Terminaisons et variétés. 1° L'assoupissement et l'état de résolution dans lequel tombent les malades à la fin de l'accès peuvent durer un temps variable; lorsqu'ils cessent, ceux-ci reprennent peu à peu connaissance, mais ils conservent comme après les attaques de convulsion et de délire une physionomie particulière; les yeux sont étonnés; le regard hébété; l'intelligence est obtuse; l'ouïe paraît affaiblie; les réponses sont lentes et difficiles à obtenir.

Nous n'avons pas eu l'occasion de voir des individus se déchirer la langue avec les dents pendant l'attaque, mais M. Corbin en cite un exemple (obs. III).

Au bout d'un temps variable, les attaques se reproduisent, deviennent plus fréquentes ou plus longues, et les malades ne tardent pas à succomber.

2° Chez d'autres épileptiques, la terminaison n'est pas tout à fait la même; l'attaque est suivie de quelques instants de relâche, pendant lesquels la respiration et la circulation ont à peine le temps de se rétablir, et quelques minutes après elle est suivie d'un second accès semblable au premier. Les attaques qui se succèdent ainsi avec rapidité sont promptement mortelles.

3° Enfin après un nombre variable d'attaques, les malades peuvent périr pendant la durée ou immédiatement après l'accès, mais le plus souvent avant de mourir ils tombent dans un état d'assoupissement ou de coma dont nous parlerons plus loin.

Le nombre des accès qui se succèdent ainsi dans l'espace de vingt-quatre heures, a varié chez nos malades entre 1 et 8.

Les cas dans lesquels une seule attaque a eu lieu chaque jour sont plus rares.

Chez un seul individu les accès sont revenus pendant deux jours à la même heure, et le sulfate de quinine n'a amené aucun changement avantageux dans l'état du malade (obs. VII.)

Dans l'une des observations de M. Mickel, les attaques ont duré pendant toute une nuit, et n'ont été séparées que par des moments très-courts de rémission incomplète; elles n'ont cessé que quelques instants avant la mort.

4° Nous terminerons en donnant une courte analyse des deux observations qui ont été suivies de guérison.

Dans l'observation troisième de M. Canuet, le malade éprouva pendant la durée de sa colique un malaise général, de la céphalalgie, des étourdissements, des mouvements convulsifs, du délire. Pendant les attaques, il y avait renversement du tronc en arrière et sputation continuelle. Bientôt le délire augmenta et le malade tomba dans un état comateux; plus tard un nouvel accès d'épilepsie eut lieu et fut suivi de plusieurs autres dans le courant de la journée.

Au bout d'un certain temps les symptômes cérébraux se sont calmés, et il n'est resté que ceux de la colique saturnine simple, le malade est sorti guéri au bout de vingt et un jours.

Le second malade (obs. II du même auteur) a offert pendant les attaques des mouvements convulsifs et de l'écume à la bouche; les autres symptômes ont, du reste, été à peu près les mêmes que ceux que nous avons précédemment décrits.

Huit accès ont eu lieu dans l'espace de deux jours, et ils ont été suivis d'un état comateux qui a diminué peu à peu; mais la convalescence a été longue: il est sorti guéri après quatre mois de séjour à l'hôpital.

Nous examinerons plus tard quel a été le traitement, et la manière dont il a pu agir dans les deux cas que nous venons d'analyser.

Intervalles des attaques. Tantôt les malades reprennent connaissance, tantôt ils restent dans un état d'assoupissement; dans d'autres cas ils sont agités ou dans un état de délire, ou bien ils présentent des alternatives d'agitation et de délire, et d'état comateux. Quelquefois on observe, comme à la suite des convulsions simples, un affaiblissement de la myotilité ou une paralysie incomplète des membres, avec ou sans diminution de la sensibilité.

La cécité et la surdité sont des phénomènes qui ont été rarement observés à la suite des attaques d'épilepsie. (Obs. VI de ce mémoire, obs. III de M. Canuet). Ordinairement le pouls perd de sa fréquence, la respiration devient naturelle, excepté pourtant dans les cas où les malades tombent dans un état comateux.

Lorsque les individus reprennent complétement connaissance, on observe alors les symptômes de la colique saturnine, les coliques, les douleurs abdominales, la constipation; ce n'est que dans quelques cas peu nombreux qu'on a vu les gardes-robes devenir naturelles ou même molles et liquides.

La céphalalgie est un phénomène qui s'observe souvent.

B. Des attaques épileptiformes.

Dans trois observations, les attaques qui n'ont point été décrites complétement ont reçu le nom d'attaques épileptiformes. Nous ne parlerons point à part de ces accès qui ne diffèrent de l'épilepsie proprement dite que par l'absence d'écume à la bouche. Les autres symptômes et le pronostic sont les mêmes.

C. État comateux.

L'état comateux est une des suites les plus graves de l'épilepsie, du délire et des convulsions saturnines. Nous ne possédons qu'une seule observation de coma survenu pendant la durée d'une colique saturnine intense. Voilà, du reste, quelle est sa marche: tout à coup le malade tombe dans un état de coma ou d'assoupissement (obs. II de ce mémoire); dans un autre cas, c'est à la suite de coliques vives accompagnées de vomissements (obs. VII de M. Andral); mais le plus souvent c'est après des convulsions ou des attaques d'épilepsie qu'on voit se manifester cet accident. La sensibilité et la vue sont diminuées ou tout à fait abolies; les membres sont dans un état de résolution; la respiration est lente, profonde, quelquefois stertoreuse ou ronflante.

Chez quelques malades les joues et les lèvres sont repoussées pendant l'expiration comme dans l'apoplexie; ordinairement la circulation est peu troublée, les pupilles sont contractées ou dilatées, mais peu mobiles; quelquefois les malades, lorsqu'on les pince ou qu'on leur comprime brusquement le ventre, font entendre un gémissement sourd. Cet état peut se prolonger jusqu'à l'époque de la mort; quelques individus ont pré-

senté pendant sa durée des mouvements convulsifs ou épileptiformes.

Enfin les malades peuvent reprendre connaissance.

Diagnostic de l'épilepsie saturnine. Nous retrouvons chez les épileptiques *ordinaires* tous les symptômes que nous avons indiqués en décrivant l'épilepsie saturnine.

Mais nous n'avons point encore rencontré d'affection saturnine qu'on puisse rapprocher de cette variété d'épilepsie désignée sous le nom de vertige épileptique.

Puisque les symptômes ne nous permettent point d'établir une distinction entre l'épilepsie ordinaire et celle qui est le résultat de l'action des préparations de plomb, nous serons obligé de chercher ailleurs les signes de cette dernière maladie.

1° *Marche.* Dans le plus grand nombre des cas, l'épilepsie ordinaire marche avec lenteur; c'est une maladie essentiellement chronique. Ses attaques reviennent à des intervalles plus ou moins éloignés. Dans l'épilepsie saturnine les accès se renouvellent rapidement jusqu'à ce qu'ils aient amené la mort.

Nous ne connaissons aucun exemple d'épilepsie saturnine qui soit devenue chronique et dont les accès se soient renouvelés après que les malades ont eu abandonné la profession qui les obligeait à manier les préparations de plomb.

Si l'on observe un grand nombre d'épileptiques, on verra que ce n'est qu'après une assez longue durée que l'épilepsie par cause morale ou héréditaire devient fatale, l'épilepsie saturnine se termine par la mort en quelques jours ou quelques semaines.

Ces différences qui sont très-marquées lorsqu'on examine les faits dans leur ensemble, disparaissent lorsque l'on compare entre eux quelques faits particuliers.

3° Les auteurs disent que les convulsions dans l'épilepsie ordinaire sont plus marquées d'un côté que de l'autre chez un grand nombre d'individus; cette circonstance a manqué dans tous les cas que nous avons vus, et elle n'a été notée dans aucune des observations que nous avons analysées.

4° Arrivons maintenant aux véritables signes de l'épilepsie saturnine, ce sont les mêmes que pour le délire. Ainsi la maladie est survenue chez des individus qui travaillaient, maniaient des préparations saturnines, ou étaient exposés à leur action, ou bien ils étaient incomplétement guéris d'une colique de plomb; dans l'intervalle des attaques les malades offrent tous les symptômes de la colique de plomb; dans quelques cas peu nombreux cependant, la constipation est remplacée par une diarrhée peu abondante, ou bien les garde-robes sont naturelles.

Pronostic de l'épilepsie, etc. Le pronostic des diverses affections que nous venons de décrire est très-grave. Parmi les vingt et un malades dont nous avons résumé les observations, deux ont survécu. On doit donc regarder la mort comme étant la règle, et la guérison l'exception.

Plus les attaques sont longues et répétées, plus la mort arrive promptement; si les attaques sont suivies d'état comateux, c'est une circonstance fâcheuse, parce que la respiration ne se rétablit pas aussi promptement.

La marche irrégulière de la maladie doit empêcher le médecin de porter un pronostic favorable, même dans les cas qui, dès le début paraissent très-légers.

Du reste, nous répéterons ici ce que nous avons dit plus haut en parlant du délire et des convulsions; il faut, pour établir le pronostic de la maladie qui nous occupe, un nombre d'observations plus considérable que celui que nous possédons.

La durée de la maladie à varié entre un et vingt-trois jours; dans l'un des cas de guérison, ce n'est qu'au bout de quatre mois que le malade a été complétement rétabli, mais les attaques n'ont eu lieu que pendant deux jours.

Un fait important est de bien s'assurer que le malade n'était pas épileptique avant de travailler les préparations de plomb; car alors l'épilepsie pourrait n'avoir pas été produite par ces substances; elle serait beaucoup moins grave.

(La dernière partie à un numéro prochain.)

Cas d'empoisonnement par les moules; par HENRY BULLOCK.

E. Mawick, âgée de 39 ans, d'une bonne santé, mangea, le 22 septembre dernier, en dînant avec sa famille, à 2 heures, des moules qui n'offraient rien de particulier dans leur odeur, leur goût, leur aspect. Elle en prit à peine une douzaine, et, un quart-d'heure après, elle ressentit une forte incommodité avec un poids à l'estomac, et qui continua à augmenter pendant une heure; puis, elle se plaignit d'un serrement avec insensibilité par tout le corps, et immédiatement apparurent, sur différentes parties du corps, des taches larges, rouges et blanches, et accompagnées d'une démangeaison intolérable, d'une chaleur extrêmement vive et d'un gonflement énorme des paupières et de la face. Au bout de deux heures, les symptômes ayant toujours augmenté d'intensité, elle éprouva une très-forte sécheresse et comme suffocante à la gorge, avec une dyspnée extrêmement pénible; les yeux étaient rouges, et ils fournissaient une grande quantité de larmes; il y avait de fortes crampes dans les mollets.

Ce fut à ce moment que M. Bullock arriva auprès d'elle; il lui trouva le pouls très-rapide, la langue cramoisie, tout le corps couvert d'une urticaire très-violente, et dans un état de souffrance très-pénible. Il lui ordonna de boire immédiatement une grande quantité de lait, et d'en prendre plusieurs tasses à peu de distance. Au bout d'une heure, les symptômes commencèrent à diminuer; la chaleur et l'irritation de la peau furent d'abord moindres, puis la respiration devint plus facile, et tous les symptômes disparurent graduellement avec tant de rapidité, qu'après une demi-heure de sommeil, elle se réveilla à 7 heures parfaitement rétablie.

Il est à remarquer que cette femme est la seule de la famille qui ait été incommodée du dîner, et que déjà un an auparavant elle avait eu la même incommodité produite par la même cause.

Ce traitement, qui est habituellement employé à l'hôpital Saint-Thomas, a agi avec une rapidité extraordinaire, et, sous ce rapport, il mériterait la préférence sur les autres si, dans tous les cas, il calmait les accidents avec la même promptitude. Les autres médications qui ont été recommandées sont les vomitifs et l'éther; les premiers par Beck et Mœhring; le second par la *Gazette de Santé*, mais qui paraît avoir réussi surtout dans les cas où la dyspnée était le symptôme le plus grave.

Plaie pénétrante du bas-ventre avec excision d'une portion de foie herniée; par DIEFFENBACH, FRICKE et OPENHEIM.

Un garçon de 10 ans, jouant dans un jardin, tomba de manière à ce que la lame d'un couteau ouvert qu'il avait dans sa poche, pénétrât de bas en haut et obliquement de l'ombilic vers l'hypocondre droit; le couteau fut retiré entier; la plaie saigna beaucoup et on vit sortir au-dehors un corps rouge tout ensanglanté; on appliqua provisoirement un bandage compressif. Deux jours après l'accident le malade fut transporté à l'hôpital, le chirurgien de garde qui enleva le premier appareil, en voyant un corps rouge pendu par la plaie, par un pédicule qui avait la largeur de la lame du couteau à l'endroit où elle s'adapte au manche, l'enleva avec des ciseaux. En examinant ce corps excisé, on lui reconnut une face convexe, une face concave et à leur point de jonction en avant, un bord mince, tranchant, échancré; le côté opposé offrait une surface tranchée correspondant exactement avec une autre surface semblable appartenant à la portion de pédicule de corps restée dans la plaie.

On avait d'abord pris ce corps pour une portion de peau, de muscle, ou un caillot fibrineux; mais un examen plus attentif fit voir, et, en effet, tous les médecins reconnurent que c'était une portion du bord inférieur tranchant du foie.

Soumis à un traitement antiphlogistique sévère, le petit malade a guéri en assez peu de temps, et sans qu'il lui soit resté de lésion fonctionnelle des organes digestifs. La portion de foie excisé est conservée au musée de l'hôpital.

(*Zeitschrift fur die gesammte medicin.*)

LA PRESSE MÉDICALE,

ANCIEN JOURNAL HEBDOMADAIRE.

JANVIER 1837.

Recherches cliniques sur la phthisie pulmonaire, par M. Matthieu Hirtz, Aide de clinique de la Faculté de médecine de Strasbourg.

Il paraîtra peut-être superflu d'étudier les signes d'une maladie dont les plus anciens médecins ont déjà tracé des tableaux tellement frappants, qu'une personne, même étrangère à la médecine, peut la reconnaître, et dont le diagnostic, surtout depuis les travaux de Laënnec, est assis sur des bases si solides. Mais en examinant scrupuleusement ce qui a été fait, on verra facilement que les descriptions des anciens, que les signes donnés par eux comme les plus certains, et qu'enfin les travaux de Laënnec ne se rapportent, dans ce qu'ils ont de positif, qu'à la phthisie confirmée, parvenue à la dernière période. Or, s'il est une maladie où cet adage *principiis obsta*, trouve sa complète application, n'est-ce pas surtout la phthisie pulmonaire? A quoi servira au malade que son médecin ait reconnu l'existence de cavernes plus ou moins nombreuses, qu'il les ait limitées exactement avec le plessimètre et le stéthoscope? Le patient en succombera-t-il moins, et la douleur de l'homme de l'art sera-t-elle moindre parce qu'il assiste en connaissance de cause au dépérissement du malheureux qui lui demande du secours? Ce que je dis ici des signes physiques de la dernière période de la phthisie, s'applique à plus forte raison aux descriptions qu'on a données des symptômes de la maladie; et ne peut-on pas dire à ces auteurs qui ont décrit avec tant de verve l'effrayante série des dégradations que subit le phthisique, ce que M. Broussais a dit à une autre occasion: *qu'ils cherchent les signes de la maladie dans l'agonie?*

Si donc il est quelque espoir de borner les progrès de la tuberculisation pulmonaire, ce doit être lorsqu'on peut intervenir dès le principe de la maladie; et pour cela il est nécessaire de pouvoir la diagnostiquer le plus tôt possible. Or, les signes fonctionnels qui, de tous les temps, ont été donnés pour plus ou moins certains, peuvent fournir des présomptions, mais jamais il n'en ressort de certitude; souvent même ils donnent lieu à des erreurs graves, ainsi que les progrès de la science l'ont suffisamment prouvé. Quant aux signes physiques, les auteurs qui se sont le plus occupés de ce genre de recherches, nous disent fort peu de chose sur le diagnostic de la première et de la seconde période de cette maladie.

Ce que dit Laënnec (1) se résume en ce peu de mots: les tubercules, petits, séparés les uns des autres, ne peuvent être reconnus. Lorsqu'ils sont agglomérés en grand nombre, la résonnance pectorale devient moindre (1).

M. Andral, dans sa Clinique médicale (2), s'exprime de la manière suivante: « Il est des cas où l'auscultation ne peut vous éclairer *d'aucune manière* sur l'existence des tubercules: c'est ce qui arrive lorsqu'ils sont encore à l'état de crudité, et souvent même lorsqu'ils sont déjà ramollis, sans constituer de grandes cavités. »

La même opinion se trouve reproduite dans les leçons de ce professeur publiées par M. Amédée Latour.

Le diagnostic des premières périodes de la phthisie, quant aux signes physiques, est donc encore à faire.

Le principal objet de ce travail est de démontrer qu'il existe des signes physiques qui peuvent faire reconnaître la phthisie dès son début.

Je diviserai le résultat de mes recherches en quatre chapitres. Le premier sera consacré aux signes tirés de la forme du thorax; le second, aux signes fournis par le bruit respiratoire; dans le troisième je m'occuperai d'un râle particulier à la seconde période de la phthisie; dans le quatrième, enfin, je chercherai à déterminer la valeur de quelques signes de la troisième période de cette maladie.

CHAPITRE PREMIER.

Des signes tirés de la forme du thorax.

Je ne m'arrêterai point à décrire la disposition générale du thorax des phthisiques; la conformation particulière à ces malades a de tout temps été connue et se trouve décrite dans les auteurs sous le nom de *habitus phthisique*: mon but est d'insister uniquement sur les proportions de cette cavité et sur les phases qu'on observe dans les changements que ces proportions peuvent subir.

Pour apprécier la valeur diagnostique des déformations thoraciques, j'ai dû d'abord établir les proportions

(1) Auscultation médiate, vol. II, page 127, troisième édition.

(1) Nous verrons que si cette résonnance est altérée dans quelques cas, le contraire a lieu tout aussi souvent. (V. l'Observ. n° 5.)

(2) Clinique médicale, tome IV, page 79, troisième édition.

de cette cavité sur des personnes bien portantes, ou qui du moins ne présentaient point dans le moment et n'avaient point eu antérieurement de maladies capables de déformer le thorax (emphysème, pleurésie). Toutes ces personnes ont dû par conséquent être interrogées avec détail sur leurs antécédents et explorées soigneusement au moyen de l'auscultation et de la percussion.

Sur cent hommes adultes pris dans les conditions qui viennent d'être indiquées, j'ai trouvé pour moyenne de la différence entre la circonférence de la partie supérieure du thorax et celle de la partie inférieure, sept centimètres à l'avantage de la première ; les extrêmes de cette différence sont de treize et de trois centimètres. La circonférence du sommet du thorax a été prise immédiatement au-dessous des aisselles ; celle de la base a été mesurée au niveau de l'appendice xyphoïde.

Sur cent femmes adultes, la différence moyenne des deux circonférences en question s'est trouvée de cinq centimètres, et les extrêmes de neuf et trois ; toujours à l'avantage de la supérieure.

Sur cinquante enfants des deux sexes, âgés de trois à douze ans, la moyenne de cette différence a été de deux centimètres ; les extrêmes de trois et zéro.

Il résulte de ces chiffres : 1° qu'à l'état normal, chez l'homme ainsi que chez la femme et chez l'enfant, la partie supérieure de la poitrine est plus ample que la partie inférieure ; 2° que la différence d'ampleur entre ces deux régions de la poitrine est un peu moins marquée chez la femme que chez l'homme, malgré la graisse dont est garnie la partie supérieure et l'habitude de comprimer la base du thorax par des corsets (Ces mesures ont été prises à l'hôpital, où les femmes appartiennent en général à une classe qui, cédant peu aux exigences de la toilette, ne se serrent pas la taille outre mesure. Peut-être dans des classes plus élevées la mensuration donnerait-elle une différence plus grande au détriment de la partie inférieure du thorax) ; 3° que chez les enfants cette différence est le moins prononcée et quelquefois nulle ; ce qui doit être attribué, au moins en partie, au grand volume du foie, qui, très-développé à cet âge, concourt à la dilatation de la base du thorax.

J'ai été également à même de constater que, plus l'individu est robuste, plus la proportion est forte à l'avantage de la partie supérieure.

Après avoir déterminé les dimensions normales du thorax, je me suis livré à des recherches, dans le but d'apprendre ce que deviennent ces proportions chez les phthisiques.

Sur soixante-quinze phthisiques (hommes) examinés au premier et au deuxième degré (crudité et ramollissement des tubercules), la moyenne de la différence entre la circonférence supérieure de la poitrine et la circonférence inférieure, est de deux centimètres à l'avantage de cette dernière ; les extrêmes sont de quatre et zéro.

Sur cent phthisiques (hommes) arrivés à la troisième période, la moyenne de cette différence est de quatre centimètres, toujours à l'avantage de la circonférence inférieure ; les extrêmes de huit et deux.

Sur cinquante femmes, à tous les degrés de la phthisie, la différence moyenne, à l'avantage de la circonférence inférieure, n'est que de deux centimètres ; les extrêmes de trois à zéro.

RÉCAPITULONS CES PROPORTIONS EN LES PRÉSENTANT DANS UN TABLEAU.

ÉTAT des INDIVIDUS.	Moyenne de la circonférence supérieure.	Moyenne de la circonférence inférieure.	Moyenne de l'excédant supérieur.	Moyenne de l'excédant inférieur.	Extrêmes de l'excédant supérieur.		Extrêmes de l'excédant inférieur.	
					Maximum	Minimum.	Maximum.	Minimum.
Hommes sains. . . .	86	79	7		13	3		
Femmes saines. . . .	75	70	5		9	3		
Enfans sains.	60	58	2		3	0		
Phthisiques aux 1er et 2me degrés (hommes). . .	68	70		2			4	0
Phthisiques au dernier degré (hommes). . .	66	72		4			8	2
Femmes phthisiques à tous les degrés.	63	65		2			0	3

On voit, en jetant les yeux sur ce tableau, que chez les phthisiques les proportions normales de la poitrine sont complètement renversées, puisque chez eux la circonférence supérieure du thorax est plus petite que

celle de la base. Cette différence est moins grande chez les phthisiques aux deux premières périodes que chez ceux parvenus à la dernière.

Si l'on considère maintenant que la différence moyenne des circonférences supérieure et inférieure de la poitrine est de quatre centimètres au détriment de la première, et si l'on y ajoute les sept centimètres qui chez l'homme sain sont en excès, terme moyen, à l'avantage de la partie supérieure, on trouvera que la circonférence supérieure de la poitrine des phthisiques a proportionnellement diminué de onze centimètres, terme moyen. Cette disproportion est énorme, et serait encore plus frappante si l'on comparait les extrêmes des dimensions pour les deux circonférences; la différence serait alors de vingt et un centimètres.

Cette déformation remarquable du thorax ne tient pas, comme on pourrait le croire, à l'amaigrissement général qui, à la vérité, doit principalement porter sur la partie supérieure, la plus abondamment pourvue de graisse; mais elle se remarque aussi chez les phthisiques encore peu amaigris, et n'est point observée chez les malades qui tombent dans le marasme par d'autres causes que la tuberculisation, ainsi que je l'ai souvent constaté.

Le rétrécissement du sommet de la poitrine s'observe le plus souvent dès le début de la maladie et quelquefois même avant qu'elle ne se déclare; les personnes qui avaient contracté accidentellement la phthisie, ne m'ont, au contraire, présenté ce phénomène qu'à une époque plus avancée. Dans tous les cas, le rétrécissement thoracique est gradué comme les périodes de la maladie: au début, le thorax se rapproche par sa forme de celui des enfants, chez lesquels, comme nous l'avons fait voir, les circonférences supérieure et inférieure sont à peu près égales (*thorax cylindrique*). Bientôt le sommet, continuant à se rétrécir, probablement en même temps que sa partie inférieure se dilate sous l'influence de l'hypertrophie du foie, si fréquente chez les phthisiques, la poitrine redevient de nouveau conique, mais dans un sens inverse.

De toutes ces données nous nous croyons autorisé à conclure: 1° qu'à l'état normal, le thorax garni de ses parties molles présente la forme d'un cône renversé; 2° que, chez les phthisiques, le thorax subit à son sommet un rétrécissement notable, par suite duquel le cône thoracique se trouve situé en sens inverse; 3° que cette déformation s'observe en général dès le début de la maladie; 4° qu'elle augmente en raison directe des progrès de la phthisie; 5° que chez la femme elle est toujours moins marquée et plus tardive que chez l'homme (1); 6° que cette disposition est particulière aux phthisiques, et peut être regardée comme un signe certain de tubercules (2).

Toute l'importance de ces propositions sera facilement appréciée lorsqu'on verra qu'avec un peu d'habitude on peut, au moyen de ces données, jointes à celles qui vont suivre, asseoir dès le début, et d'une manière presque certaine, le diagnostic de la phthisie. On aura donc un grand motif de sécurité pour un malade auquel surviennent spontanément quelques symptômes de phthisie, et qui présentera les dimensions normales de la poitrine, tandis qu'on devra concevoir de graves inquiétudes pour une personne qui, même en l'absence de tout autre indice de maladie, offrira le rétrécissement thoracique qui nous occupe.

Nous devons dire qu'il peut se rencontrer ici une double cause d'erreur: 1° un épanchement pleurétique, dilatant la partie inférieure du thorax, pourrait faire croire que la partie supérieure est rétrécie par la présence de tubercules; 2° un rétrécissement survenu à la partie inférieure de cette cavité, à la suite d'une ancienne pleurésie, pourrait faire méconnaître l'étroitesse de la partie supérieure chez un phthisique; mais la percussion et l'auscultation nous fournissent des signes suffisants pour reconnaître la pleurésie dans ses différentes phases; il suffit de mentionner la possibilité d'une pareille erreur pour qu'on l'évite facilement.

Citons ici deux faits pris parmi beaucoup d'autres. Le premier montrera un rétrécissement thoracique notable dès le début de la phthisie; dans le second, on verra comment cette déformation peut survenir successivement.

OBSERVATION PREMIÈRE.

Rétrécissement thoracique, observé deux mois avant le début de la phthisie; mort à la suite de cette maladie.

Jacques Steffel, instituteur, âgé de vingt-six ans, entra à la clinique externe au mois de mars 1834, pour être traité d'une carie des os de l'avant-bras et du tibia. Comme il ne présentait pas et n'avait jamais présenté de symptôme du côté de la poitrine, et qu'il n'était atteint d'aucune autre maladie que de la carie, je pus, sans crainte d'erreur, le soumettre aux essais de mensuration qui m'occupaient alors. Je trouvai pour la circonférence supérieure 68 centimètres, et pour l'inférieure 71. Étonné d'un pareil résultat, et ayant toujours trouvé les mêmes dimensions après des explorations réitérées, je commençai à douter de la constance de la loi que j'avais cru entrevoir; car ce jeune homme était du reste bien constitué, avait assez d'embonpoint, la peau et les cheveux bruns. Il faut cependant dire que deux membres de sa famille avaient déjà été victimes de la phthisie, et que le bruit respiratoire avait quelque chose de plus sonore qu'à l'état de santé.

Au bout de quatre semaines la carie ayant beaucoup diminué, le malade sortit de l'hôpital. Je n'en avais plus entendu parler, lorsque le 3 juillet il y rentra. Admis à la clinique interne, il nous raconta que six semaines après sa sortie de l'hôpital il s'était enrhumé. La toux avait continué depuis, et il avait eu des crachements de sang fréquents.

---

(1) Ceci paraît tenir à la conformation primitive du thorax de la femme, qui est plus évasé à sa partie supérieure que celui de l'homme. (*V.* Sœmmering, *Tabula sqeleti feminini*, in-fol.; Meckel, *Manuel d'anatomie*, t. 1, p. 611.

(2) Outre cette déformation générale, on observe un enfoncement à la région sous-claviculaire, qui n'est pas le résultat de l'amaigrissement, et par conséquent de la dépression de l'espace intercostal, mais qui est dû à une véritable dépression des deux ou trois premières côtes. Cet enfoncement est d'autant plus remarquable que la maladie est plus avancée. On le rencontre plus souvent à droite qu'à gauche, et il occupe toujours l'endroit correspondant au siége des cavernes. Le compas d'épaisseur de Baudelocque, dont une branche est portée sur un des points de ce rétrécissement, tandis que l'autre est placée au bord interne de l'omoplate, indique souvent un enfoncement d'un demi-pouce à neuf lignes au sommet de l'un des côtés.

A l'exploration, je trouvai le râle et le souffle caverneux sous la clavicule droite; la partie supérieure de la poitrine, qui, trois mois auparavant, avait 68 centimètres de circonférence, n'en donnait plus que 66. Le malade présentait tous les autres symptômes de la phthisie confirmée : fièvre lente, crachats purulents, etc. Il succomba le 2 août, dans l'état le plus complet de marasme. L'*autopsie* montra une excavation tuberculeuse sous chacune des clavicules, et tous les autres désordres qu'entraîne la fonte des tubercules.

Cette observation mérite de fixer l'attention, parce qu'au moment où la mensuration annonçait les fâcheuses proportions de la poitrine, aucun autre phénomène morbide ne se révélait encore de ce côté; ce qui prouve que dès les premiers temps de la phthisie cette méthode d'exploration peut jeter un grand jour sur le diagnostic de la maladie.

Chez les personnes prédisposées à la phthisie, le rétrécissement supérieur de la poitrine se remarque beaucoup plus tôt que chez les personnes qui la contractent accidentellement. En voici un exemple :

OBSERVATION DEUXIÈME.

Phthisie accidentelle : thorax normal, puis cylindrique, et enfin conique; mort.

Joséphine More entra à l'hôpital le 2 août 1835, dans le service de la clinique interne, dirigée alors par M. Stoltz. La malade nous raconta qu'ayant été mouillée par une pluie froide quinze jours auparavant, ses règles, qu'elle avait alors, furent brusquement supprimées, et qu'aussitôt elle sentit de l'oppression, de la toux; huit jours après, elle cracha du sang.

La jeune fille était d'une belle constitution, d'un tempérament sanguin; aucun antécédent fâcheux n'indiquait l'hérédité de la phthisie; l'auscultation, la percussion, la mensuration, ne fournirent que des signes négatifs : cette dernière annonçait quatre centimètres à l'avantage de la partie supérieure de la poitrine. Cependant la toux continuait, la malade avait de fréquents crachements de sang, et la fièvre; sueurs nocturnes.

Au mois de novembre, J. M. était encore à l'hôpital. L'amaigrissement avait fait des progrès; le bruit respiratoire était devenu plus rude, et entremêlé d'un craquement particulier. Matité sous la clavicule gauche. Une nouvelle mensuration indique l'égalité des deux circonférences de la poitrine (thorax cylindrique).

Au mois de mars, j'explorai de nouveau la malade; la circonférence inférieure avait trois centimètres de plus que la supérieure; mais cette fois la poitrine ne s'était pas seulement déformée dans sa totalité; une dépression notable existait sous les deux clavicules; principalement sous la droite, comme l'indiquait le compas d'épaisseur. Le marasme était complet, et le râle caverneux très-bruyant. La malade expira trois jours après cette dernière exploration.

A l'*autopsie* on trouva le poumon creusé de plusieurs cavernes très-spacieuses et réduit, par la suppuration, à un très-petit volume; ce qui restait de cet organe était farci de tubercules.

Dans ce cas, l'affaissement de la partie supérieure du thorax *a suivi* exactement toutes les phases de la maladie; nous avons en effet vu le sommet de cette cage se rétrécir graduellement, à mesure que le poumon, fondu par la suppuration, diminuait de volume. Si dès les premiers temps la déformation n'a pas existé, c'est que la phthisie était accidentelle.

Qu'il me suffise d'avoir relaté avec quelques détails ces deux faits; on retrouvera les mêmes déformations dans la plupart des observations citées dans le cours de ce travail.

Nous sommes naturellement conduit à examiner si *les déformations du thorax, chez les phthisiques, sont l'effet ou la cause de la tuberculisation.*

Les recherches des modernes, et surtout de Laënnec, ont fait connaître les changements de forme que subit le thorax sous l'influence des altérations morbides des organes qui y sont contenus. Les circonstances dans lesquelles ont lieu ces déformations de la cage osseuse n'ont pas permis de douter qu'elles ne fussent *consécutives* au changement de forme des viscères qu'ils entourent. Pour la phthisie seule on a fait exception : ainsi, tandis que le rétrécissement latéral, après la pleurésie, les voussures, l'évasement de la poitrine dans l'emphysème et la péricardite, sont attribués unanimement à l'affaissement du poumon, dans le premier cas; au développement des vésicules pulmonaires, ou du péricarde dans le second; on admet pour la phthisie, que la déformation de la cavité pectorale est au contraire primitive, et que les tubercules en sont l'effet et non la cause. Partant de cette idée, les pathologistes rangent l'étroitesse de la poitrine parmi les causes de la phthisie. Cette opinion me paraît erronée, quoiqu'elle soit étayée de l'autorité de tous les siècles. Je crois pouvoir la combattre par les raisons suivantes :

En nous fondant sur les lois de la physiologie, nous pourrons déjà prouver que le poumon ne peut subir de compression ni pendant l'expiration, ni pendant l'inspiration. Pendant le premier de ces actes, s'il était abandonné à son élasticité propre (ou contractilité), il n'occuperait que le tiers ou le quart de chaque cavité thoracique, et par conséquent ne pourrait être comprimé. Pour qu'il pût l'être pendant l'inspiration, il faudrait que sa dilatation fût active et qu'il pût, par une force excentrique, réagir contre les parois thoraciques; or, tel n'est pas, comme on sait, le mécanisme de l'inspiration : la dilatation du poumon n'a lieu que par le vide qui s'opère dans la plèvre, et il ne se dilate qu'autant que les parois thoraciques opèrent ce vide; par conséquent, moins la poitrine s'amplifie, moins le poumon a de tendance à se développer. Il n'y a qu'un seul cas où le poumon puisse réagir contre la paroi thoracique : c'est celui où, hypertrophié ou emphysémateux, il remplit trop la cavité pectorale et acquiert par son volume une force de résistance qui lutte en quelque sorte contre la force expiratrice; c'est dans ce cas qu'on le voit s'échappant de la poitrine à l'ouverture de cette cavité.

D'ailleurs, comment croire qu'un poumon, emprisonné dès sa naissance dans une cage étroite, ne parvienne pas, par un effort incessant et continué pendant des années, à une époque où les os et les cartilages sont encore si flexibles; ne parvienne pas, dis-je, à dilater cette cage et à se faire une place suffisante; tandis que chez des vieillards, dont les cartilages costaux sont, le plus souvent, ossifiés et les ligaments peu élastiques, nous voyons quelques vésicules pulmonaires emphysémateuses contenant un fluide gazeux et compressible, produire la dilatation, soit partielle, soit même générale, du thorax? Nous savons aussi que le

même effet peut être produit en quelques heures par un épanchement pleurétique et même aériforme.

Il y a plus : en admettant pour un instant que le rétrécissement du thorax préexiste à toute altération des poumons, il paraîtra encore très-douteux que celle-ci en soit l'effet, puisqu'on voit se former si rarement des tubercules dans un poumon affaissé sans retour par un épanchement, ou réduit au tiers de son volume à la suite d'un rétrécissement permanent de la cavité thoracique ; résultat, soit d'une pleurésie ancienne, soit du rachitisme. Ce n'est point de tubercules que sera frappé dans ces cas le poumon, mais bien d'un œdème plus ou moins prononcé, et lorsque ces rétrécissements continuent à faire des progrès, les malades meurent asphyxiés, mais rarement ils deviennent tuberculeux (1).

Enfin, une dernière et forte preuve de l'opinion que je cherche à établir, c'est la manière successive et graduelle dont s'opère ce rétrécissement ; de là il se fait que les personnes bien constituées, qui sont atteintes accidentellement, présentent peu à peu l'*habitus* de la phthisie constitutionnelle, ce qui ressort incontestablement du tableau que nous venons de présenter ci-dessus et des observations que nous venons de rapporter.

Ces considérations nous autorisent à conclure *que l'étroitesse du thorax, chez les phthisiques, doit être regardée comme l'effet et non comme la cause des tubercules.*

Il semble que c'est à un arrêt de développement du poumon, à une petitesse primitive de ce viscère, relativement au reste de l'organisme, petitesse qui n'est peut-être elle-même que le premier terme de la prédisposition aux tubercules, qu'on doit attribuer le peu d'ampleur que présente, au début de la maladie, la cavité thoracique chez les personnes prédisposées à la phthisie. Plus tard, le développement des tubercules, en diminuant de plus en plus le champ respiratoire, en atrophiant par la compression le tissu pulmonaire, doit continuer à augmenter le rétrécissement ; celui-ci arrivera enfin à son plus haut degré, lorsque le ramollissement et l'expulsion des tubercules auront entraîné la fonte et l'affaissement de l'organe pulmonaire.

Des principes féconds en applications thérapeutiques découlent de ces considérations : il en ressort, par exemple, le peu de confiance que doivent inspirer les moyens mécaniques ou autres destinés à dilater directement la poitrine des phthisiques, pour faire cesser l'étroitesse du thorax, cause supposée de la maladie ; d'un autre côté, on voit l'avantage d'agir directement sur l'organisation du poumon, de fortifier, de développer ce viscère par un exercice bien réglé de la voix, de la parole, du chant, etc., tout en agissant sur l'économie entière, pour donner du ton et de la vigueur à toute la constitution (2). Il n'est pas besoin d'ajouter que l'on doit avoir recours à ces moyens avant que l'irritation du poumon ne trahisse la présence des tubercules. Le succès d'un traitement prophylactique de cette nature dépendra donc d'un diagnostic établi à temps.

(1) Le compte rendu de la clinique de M. Aronssohn renferme un fait très-intéressant de ce genre, p. 87.

(2) Ces considérations justifient et expliquent les méthodes de traitement préconisées par MM. Roche et Ramdage. La méthode de ce dernier agit directement sur le poumon ; le traitement du premier, sur tout l'organisme.

L'entrée et la sortie de l'air dans les cellules du poumon produisent, comme on sait, à l'état sain, un bruit *sui generis* que l'on appelle bruit vésiculaire : ce bruit, qui consiste dans un frôlement doux et mou, *tamisé*, si je puis dire, par des milliers de vésicules, ne peut être qu'imparfaitement décrit ; mais il suffit de l'avoir entendu une fois pour ne plus le méconnaître.

CHAPITRE II.

Modification particulière du bruit respiratoire dans la période de crudité des tubercules (bruit respiratoire râpeux).

En réfléchissant, d'un côté, sur le mécanisme de ce bruit, et de l'autre sur l'altération si profonde opérée dans le poumon par les tubercules, il est difficile de croire que ceux-ci ne doivent apporter aucune modification dans le bruit vésiculaire, tandis que des lésions beaucoup plus légères, un catarrhe par exemple, se trahissent par un bruit anormal. Partant de cette idée, je m'appliquai avec le plus grand soin à rechercher s'il existe une nuance du bruit respiratoire, particulière aux individus atteints de tubercules.

Les sujets d'observation ne tardèrent pas à s'offrir. Deux femmes couchées en même temps à la clinique interne, présentaient toutes deux les signes rationnels les moins équivoques de la phthisie pulmonaire : M. Lobstein n'hésita pas à porter ce diagnostic. Cependant ni l'une ni l'autre ne m'offrirent aucun des signes physiques qu'on perçoit ordinairement (pectoriloquie, râle caverneux, etc.) ; mais le bruit respiratoire présentait quelque chose de particulier ; il était beaucoup plus éclatant qu'à l'état normal, et s'accompagnait d'une forte vibration. J'auscultai alors avec plus de soins d'autres phthisiques, chez lesquels la maladie était confirmée par les signes non douteux des cavernes, et je perçus exactement la même nuance du bruit respiratoire. Les deux malades moururent bientôt après, et à l'autopsie, nous trouvâmes chez l'une et chez l'autre les deux poumons farcis de tubercules de différentes grosseurs ; mais aucune cavité n'existait encore, aucun tubercule n'avait même passé au ramollissement.

Ces faits dûrent me confirmer dans l'opinion que les tubercules, réunis en certain nombre dans le poumon, déterminent une modification particulière dans le bruit respiratoire : je multipliai mes recherches, et voici le résumé de ce qui s'est présenté à mon observation :

Dans la grande majorité des cas, la présence des tubercules détermine, dès les premiers temps de la maladie, dans le bruit respiratoire, la modification suivante : ce n'est plus ce frôlement doux, cette sensation d'une multitude innombrable de vésicules, qui se déplissent *mollement*, mais la perception d'un bruit rude, beaucoup plus clair qu'à l'état normal, qui semble faire vibrer les cellules pulmonaires, et que je crois devoir désigner, à cause de la sensation qui le caractérise, par le nom de *bruit respiratoire râpeux*.

Ce bruit se rapproche, par sa clarté, de la respiration puérile : mais il en diffère essentiellement par deux circonstances : premièrement, il est beaucoup plus rude, et en second lieu, il se passe évidemment dans un nombre plus petit de vésicules. On se tromperait si l'on croyait que j'indique des nuances trop fugitives et trop délicates pour être appréciables dans la pratique ;

Il suffit d'examiner quelques phthisiques pour se familiariser parfaitement avec ce bruit et ne plus le méconnaître. Je me suis convaincu de cette vérité par la promptitude avec laquelle j'ai rendu ce bruit perceptible à des élèves peu exercés encore à l'auscultation.

Ce bruit me paraît être dû à deux circonstances : à la présence des tubercules, qui donnent plus de densité aux poumons, et à la dilatation supplémentaire des vésicules pulmonaires qui fonctionnent pour celles qui sont oblitérées par les tubercules. En effet, M. Cruveilhier a observé qu'il y avait toujours des vésicules en réserve qui se déplissent outre mesure, pour suppléer celles qui sont complétement oblitérées. Il y a entre les vésicules pulmonaires prises individuellement, le même rapport qui existe entre un des lobes du poumon et l'autre ; entre un poumon et son congénère : solidarité et action supplémentaire.

Il serait étrange qu'un phénomène aussi commun que celui que nous venons d'indiquer eût échappé aux recherches des observateurs qui, de nos jours, se sont occupés avec un soin minutieux de cette partie du diagnostic : il me semble, en effet, qu'au moins une partie du phénomène a été reconnue par M. Andral, qui, dans sa clinique, parle de *l'intensité* qu'acquiert parfois le bruit respiratoire chez les phthisiques ; mais cet habile observateur n'a pas analysé davantage ce symptôme, et n'en a pas fait d'application.

Le bruit respiratoire râpeux présente des degrés variables en étendue et en intensité. Au début de la maladie, il est ordinairement limité aux endroits où germent les premiers tubercules, aux régions sous-claviculaires et axillaires, et c'est déjà d'un fâcheux augure lorsque le bruit respiratoire, obscur dans la presque totalité du poumon, se trouve remplacé au sommet par le bruit râpeux. Souvent les personnes peu versées dans l'auscultation commettent dans ce cas une erreur, tombent dans une fausse sécurité, en prenant pour un signe favorable l'énergie de la respiration au sommet du poumon, sans faire attention au timbre particulier de ce bruit. Un bruit respiratoire généralement faible et obscur est au contraire chose favorable : il indique une bonne organisation du poumon, et des vésicules assez nombreuses et libres pour n'avoir pas besoin de se dilater outre mesure.

A mesure que la maladie avance, le bruit râpeux gagne en étendue et en intensité; des clavicules il s'étend au reste de la poitrine : cependant vers la base il est ordinairement très-peu prononcé et souvent nul : il acquiert alors une rudesse remarquable, procure à l'oreille une vibration souvent désagréable, et le frottement devient quelquefois si bruyant, qu'il peut masquer le souffle et le râle caverneux, et faire méconnaître l'existence des excavations. D'autres fois, les personnes peu exercées le prennent pour un souffle bronchique ou caverneux, dont il diffère cependant essentiellement ; car tandis que ces deux derniers bruits donnent la sensation d'un souffle qui traverse un gros tuyau unique, le bruit râpeux se passe manifestement dans de nombreuses cellules ; différence qu'avec un peu d'attention on appréciera facilement. C'est peut-être à la suite d'une pareille méprise ou bien *à priori*, qu'on a dit que des tubercules agglomérés pouvaient donner lieu au souffle bronchique, et compliquer ainsi le diagnostic. Je puis affirmer avoir vu un bon nombre de poumons tuberculisés au plus haut degré, et qui se précipitaient promptement au fond de l'eau, sur des individus chez lesquels je n'avais pas une seule fois perçu le souffle bronchique : on trouvera plus bas un exemple pris entre plusieurs, à l'appui de cette assertion. (*Voy.* observ. V.)

Une chose encore remarquable dans le bruit respiratoire particulier aux phthisiques, c'est qu'il peut s'entendre même là où la percussion donne de la matité. Cette circonstance est importante pour le diagnostic ; car je ne sache aucun autre état morbide, ni du poumon, ni de la plèvre, où l'intensité du bruit respiratoire corresponde à une matité. Quelquefois cependant, au lieu d'être intense et râpeux, le bruit respiratoire est plus obscur à l'endroit où siégent les tubercules; cette obscurité correspond souvent à une matité limitée, c'est-à dire coïncide avec une agglomération partielle, très-serrée, de tubercules.

En résumé, le bruit respiratoire râpeux est un phénomène qui existe dans la grande majorité des cas : il est d'autant plus prononcé en général, que les tubercules occupent une plus grande étendue de l'organe, et que la maladie est plus avancée ; ordinairement aussi on ne peut le méconnaître dès le commencement ; ce signe acquiert par là une grande importance ; il est en effet un de ceux qui annoncent le mal dès son début; souvent même il précède tous les autres phénomènes morbides. *Ce bruit râpeux peut donc être considéré comme le signe pathognomonique des tubercules à l'état de crudité.*

Parmi le grand nombre d'observations que j'ai recueillies à ce sujet, je n'en citerai que deux.

OBSERVATION TROISIÈME.

Bruit respiratoire râpeux, précédant de longtemps tous les autres symptômes de la phthisie ; mort.

Le 24 juin 1835, nous reçûmes à la clinique interne (service de M. Aroussohn) la nommée Julie Hæger, couturière, âgée de vingt-cinq ans, blonde, taille moyenne. Elle n'était malade que depuis huit jours, et avait été prise à cette époque d'une douleur pleurétique très-vive au côté gauche, accompagnée de fièvre et d'oppression.

A son entrée à l'hôpital, la douleur pectorale persistait, et l'empêchait de se coucher sur ce côté ; il y avait une toux petite et sèche, de la dyspnée, de la fièvre ; une légère matité existait à la base du côté gauche avec obscurité du bruit respiratoire, qui, à droite, était légèrement puéril : il fut facile de diagnostiquer une pleurésie avec faible épanchement. La maladie fut traitée par les émissions sanguines locales et générales ; un vésicatoire fut ensuite appliqué, et huit jours après son entrée la malade put se lever.

Cependant elle était fatiguée toutes les nuits par une toux violente, qui ne s'adoucissait que vers le matin ; l'oppression persistait ; le soir, il y avait un léger mouvement fébrile. Elle fut de nouveau explorée : nous reconnûmes la disparition de l'épanchement par le retour de la respiration et de la sonoréité dans l'endroit affecté; mais le bruit respiratoire avait acquis au sommet des deux poumons un timbre particulier ; il était devenu *vibrant, râpeux*. Ce signe fâcheux éveilla notre attention, et nous l'inscrivîmes sur la feuille de diagnostic. Aucune matité n'existait sous les clavicules : la malade persistait à dire qu'elle n'avait jamais rien ressenti du côté de la poitrine avant la maladie aiguë qui l'avait

amenée à l'hôpital; elle nous apprit que sa mère était morte poitrinaire.

Sous l'influence d'une médication calmante (aconit porté progressivement jusqu'au narcotisme), la toux diminua et finit par disparaître, ainsi que l'oppression : l'appétit et les forces revinrent, et au bout de six semaines la malade put être considérée comme entièrement rétablie : le bruit respiratoire cependant était toujours râpeux. La jeune fille quitta l'hôpital le 3 août, avec une apparence de santé qui semblait avoir mis notre pronostic en défaut ; nous enregistrâmes toutefois le fait.

Le 20 novembre suivant, quatre mois après sa sortie, Julie Hæger revint demander une place à la clinique. Elle nous apprit que, pendant plus de deux mois, elle s'était très-bien portée et avait exercé son état de couturière; que, depuis cinq semaines, la toux était revenue, qu'elle avait craché du sang et perdu l'appétit. Nous la trouvâmes amaigrie; le pouls était fébrile, la toux forte, l'expectoration purulente, les crachats nummulaires, l'oppression très-grande; elle éprouvait en outre une douleur aiguë sous le mamelon gauche. La percussion donnait une matité très-prononcée sous les deux clavicules, principalement à droite, où existait une forte crépitation; sous la clavicule gauche, nous perçûmes un râle et un souffle caverneux des plus prononcés ainsi qu'une pectoriloquie tellement intense, qu'elle résonnait désagréablement à l'oreille; le bruit râpeux était devenu très-éclatant, et masquait souvent le souffle caverneux. Il n'y avait plus de doute : des cavernes s'étaient formées dans le poumon, la phthisie était arrivée à la troisième période.

Néanmoins, le repos, joint aux remèdes calmants, enraya encore une fois la marche de la maladie; les symptômes s'affaiblirent, la malade reprit quelques forces : elle se levait tous les jours, et quoique portant une lésion profonde dans le poumon, elle allait quelquefois se promener en ville.

Mais vers le printemps, les voies digestives commencèrent à s'affecter; vomissement de tous les aliments; diarrhée, alternant avec des hémoptysies et des points pleurétiques, qui tourmentaient beaucoup la malade; la fièvre ne la quittait plus; les sueurs nocturnes devinrent excessives, la voix s'éteignit, le bruit râpeux acquit de plus en plus de force; la malade, qui, jusque là, avait conservé un certain embonpoint, maigrit rapidement, et ne succomba enfin, dans le marasme le plus affreux, que le 10 mai dernier.

L'*autopsie cadavérique* révéla les ravages ordinaires de la phthisie : cavernes tuberculeuses des deux côtés, adhérence intime des deux poumons avec la plèvre costale; dans le larynx, large ulcération qui avait envahi les cordes vocales; inflammation chronique de l'estomac, ulcération dans le gros intestin, etc.

Ainsi le bruit respiratoire râpeux ne nous avait point trompé; c'était bien l'existence de tubercules qu'il annonçait, et cela au moment où l'absence de tous les symptômes pectoraux et l'apparence d'une bonne santé devaient faire porter en faveur de cette jeune fille le pronostic le plus rassurant.

On voit encore par ce cas combien est illusoire l'espoir de guérison que l'on conçoit trop vite quand on a enrayé une phthisie! Ici deux fois les signes rationnels de la maladie avaient disparu, le mal était assoupi, et sans les signes physiques, on aurait pu croire la malade guérie et concevoir une fausse sécurité qui, si elle fait le bonheur du malade, ne doit pas donner le change au médecin.

OBSERVATION QUATRIÈME.

Bruit respiratoire râpeux au sommet du poumon; rétrécissement supérieur de la poitrine; mort. Tubercules miliaires au sommet du poumon.

Au mois de décembre dernier, entra à la clinique chirurgicale une jeune fille de treize ans, atteinte à l'articulation tibio-tarsienne gauche d'une tumeur blanche, qu'on jugea incurable autrement que par l'amputation. Mais cette enfant étant déjà amaigrie et atteinte d'une petite toux, il importait de savoir si l'état du poumon ne contre-indiquait pas l'opération. J'explorai soigneusement la malade : le son de la poitrine était normal partout; mais cette cavité était plus étroite au sommet qu'à la base, et sous les deux clavicules on entendait le bruit respiratoire râpeux, dur, très-éclatant. Je diagnostiquai des tubercules à l'état de crudité : l'enfant ne fut pas opérée; elle mourut peu de temps après des progrès de la suppuration du pied. Mon ami, le docteur Bach, qui m'avait aidé dans l'exploration de la petite malade, en fit l'autopsie, et il trouva, au sommet des deux poumons, de nombreux tubercules encore très-petits et dont aucun n'était ramolli.

Ici nous voyons mieux encore que dans le fait précédent la liaison du bruit respiratoire râpeux avec l'existence de tubercules à l'état de crudité, puisque notre diagnostic a pu être confirmé par l'autopsie avant que la phthisie n'eût parcouru toutes ses périodes. On voit aussi par cet exemple combien il est important, même quand on est sans espoir de pouvoir guérir, d'avoir des signes qui permettent de reconnaître le mal à son origine. A quoi, en effet, eût servi à cette enfant de supporter une mutilation si douloureuse, puisqu'elle ne pouvait échapper au marasme de la phthisie ?

CHAPITRE III.

Râle particulier caractérisant la période de ramollissement des tubercules (râle cavernuleux).

Les signes dont j'ai parlé jusqu'à présent ont principalement pour objet le diagnostic de la phthisie à la première période. Celui dont il va être question ne s'observe, au contraire, que lorsque la maladie est arrivée à la seconde. Je l'appelle *râle cavernuleux*, par rapport au lieu où il paraît se passer. Ce bruit, assez analogue pour la finesse au râle de la pneumonie, est caractérisé par une crépitation particulière, dont le timbre est clair, éclatant, comme métallique; il est plus superficiel que le râle crépitant ordinaire, et donne une sensation comparable à celle produite par du sel qui décrépite au fond d'un verre ou d'un vase métallique.

Ce bruit est trop fréquent à une certaine époque de la maladie pour qu'il ait pu échapper à l'attention des observateurs; mais ceux qui l'ont perçu, l'ont confondu tantôt avec le râle muqueux, tantôt avec le râle crépitant. Ainsi, M. Andral dit (1) que souvent, dans la

(1) *Clinique médicale*, t. IV, p. 67, troisième édition.

phthisie, l'expansion vésiculaire se trouve mêlée à des râles humides, tels que ceux du catarrhe pulmonaire.

Cette description, quoique incomplète, semble dénoter que cet habile praticien a déjà entendu l'espèce de râle qui nous occupe.

Cependant, observé attentivement, le râle du catarrhe diffère essentiellement de celui dont il s'agit ; il est plus gros, plus profond ; se fait entendre surtout dans l'expiration : ses bulles se déplacent en marchant vers les troncs bronchiques. Le râle cavernuleux au contraire se compose de petites bulles, perçues surtout pendant l'inspiration, et restant toujours en place ; enfin son timbre est totalement différent de celui du râle muqueux, comme il l'est du râle crépitant.

Au reste, pour peu qu'on soit exercé, on ne peut guère le confondre avec aucun bruit, et ici encore je puis dire que des élèves auxquels je l'avais indiqué tout au plus deux ou trois fois, le reconnaissaient facilement.

Le râle cavernuleux, avons-nous dit, n'existe point au début de la maladie ; il ne se manifeste que quand les tubercules commencent à se ramollir, et, comme son nom l'indique, il paraît se passer dans les petites cavités formées aux dépens de la matière tuberculeuse ramollie ; il est au râle caverneux ce que sont les petites cavités aux larges excavations tuberculeuses; aussi ne le perçoit-on pas bien lorsque les malades ont abondamment expectoré.

Les lieux où les tubercules commencent à se ramollir sont également ceux où le râle cavernuleux débute. On l'entend d'abord sous les clavicules, au creux de l'aisselle et derrière les omoplates. C'est là aussi que ces caractères sont le plus tranchés; car plus bas il semble quelquefois, pour le timbre, se rapprocher un peu du râle muqueux ou crépitant. A mesure que le ramollissement fait des progrès, le râle cavernuleux gagne en étendue, et finit souvent, en se déclarant dans les deux poumons, par causer une crépitation extrêmement intense. A mesure que la fonte tuberculeuse s'avance, le râle devient plus gros, plus bruyant, jusqu'à ce qu'il se convertisse enfin en véritable gargouillement (râle caverneux) ; mais autour des grandes cavités il n'en existe pas moins avec tous ses caractères, de sorte que, pendant la troisième période de la phthisie, il continue à être perçu.

Dans les cas où les malades succombent avant que des vomiques ne se soient formées, on entend constamment et jusqu'à la fin un râle cavernuleux, ordinairement très-étendu. Comme alors il n'existe aucun des signes physiques de la phthisie donnés par les auteurs, et qu'il n'y a ni pectoriloquie ni souffle caverneux, souvent même pas de matité, le phénomène dont il s'agit acquiert beaucoup d'importance.

Pour se faire une idée juste du râle cavernuleux, il faut l'étudier sur un sujet chez lequel des vomiques sont sur le point de se former. Les bulles étant alors plus grandes, on percevra autour des cavernes commençantes ce craquement éclatant métallique qui le caractérise. Il faut surtout le chercher sur les omoplates et sous les clavicules.

Chez les sujets maigres on peut souvent le percevoir à la main, en appliquant celle-ci sur la partie antérieure de la poitrine au-dessous des clavicules.

Le râle cavernuleux n'empêche pas d'entendre la respiration râpeuse. Le plus souvent ces deux phénomènes existent ensemble, sans se confondre. Dans quelques cas rares, le bruit râpeux devient tellement intense qu'il masque complétement le râle.

Le râle cavernuleux me paraît être *le signe pathognomonique* du passage des tubercules de l'état de crudité à celui du ramollissement, c'est-à-dire *du second degré de la phthisie pulmonaire.*

Je dois cependant prévenir que le râle cavernuleux n'existe pas aussi constamment que le bruit râpeux, ou plutôt, qu'il n'est pas aussi permanent, c'est-à-dire qu'il présente des intermittences dans sa manifestation. Comme, d'un autre côté, son timbre se rapproche parfois du râle crépitant, il sera bon de consulter encore les autres signes dont j'ai parlé, avant d'affirmer l'existence de la phthisie.

Quelqu'un qui n'aurait pas une idée très-exacte de ce phénomène pourrait confondre la phthisie au second degré avec deux autres états morbides du poumon : l'emphysème et le ramollissement gris.

Nous avons dit plus haut, et nous ferons voir tout à l'heure par un exemple, que souvent la sonoréité de la poitrine non-seulement n'est pas diminuée, mais qu'elle peut être augmentée à toutes les périodes de la phthisie ; or, si on prenait le râle cavernuleux pour du râle crépitant, on pourrait, vu la grande sonoréité de la poitrine, la dyspnée, l'état catarrhal, prendre la deuxième période de la phthisie pour un emphysème du poumon. On se prémunira facilemennt contre cette erreur, en s'aidant des deux signes de la phthisie qui ont fait l'objet des chapitres précédents, et qui n'existent pas dans l'emphysème.

Lorsqu'une pneumonie a passé lentement à la suppuration, les malades présentent les caractères généraux de la fièvre hectique par tuberculisation ; de plus, dans ce cas, le râle muqueux est quelquefois tellement intense et bruyant, tout en se rapprochant de la finesse de la crépitation, qu'il simule le râle cavernuleux. Ces deux circonstances pourraient en imposer pour une phthisie, et cela d'autant plus facilement, que la respiration puérile qui se fait entendre dans le poumon sain chez les pneumoniques pourrait être confondue avec la respiration râpeuse. On échappera encore ici à l'erreur en se rappelant que la matité est toujours complète et très-forte lorsqu'une portion notable du poumon est hépatisée, et que la mensuration ne montre point de rétrécissement au sommet.

Je me suis étendu sur ce double diagnostic différentiel, parce que les deux cas que j'ai supposés sont loin d'être rares dans la pratique, et que de l'hésitation ou une erreur dans le diagnostic pourraient avoir une grande influence sur le pronostic et sur les indications thérapeutiques.

Qu'il me suffise de rapporter une seule observation pour éclairer ce point important.

OBSERVATION CINQUIÈME.

Phthisie au deuxième degré ; bruit râpeux ; râle cavernuleux ; rétrécissement de la partie supérieure de la poitrine ; augmentation de la sonoréité ; mort.

Antoine Cavalier, garçon limonadier, âgé de cinquante-deux ans, fortement constitué : cheveux noirs : tempérament bilioso-sanguin ; entre à la clinique le 30 mars 1835.

Le malade nous raconte que depuis sa jeunesse il est

affecté d'un catarrhe qui revient tous les hivers, et s'accompagne de fréquents enrouements. Il y a deux ans, il eut un léger crachement de sang: il a toujours continué à se livrer aux occupations de son état. Au mois de janvier dernier il eut un violent accès d'hémoptysie, avec exacerbation de la voix, qui depuis est devenue de plus en plus forte, et l'a forcé à s'aliter.

A son entrée à l'hôpital, il est dans l'etat suivant : toux fréquente; expectoration difficile d'une matière verdâtre, qui gagne le fond de l'eau; oppression assez forte; respiration accélérée; la percussion donne *un son très-clair dans toute l'étendue des deux côtés de la poitrine* ; l'auscultation fait entendre un bruit respiratoire beaucoup plus intense qu'à l'état normal : ce bruit est dur et râpeux; on entend en outre, sous les deux clavicules et derrière les omoplates, *une crépitation claire et métallique* très-prononcée (râle cavernuleux). La mensuration fait voir que la partie supérieure de la poitrine est notablement rétrécie: ni souffle ni pectoriloquie; cœur à l'état normal: pouls subfréquent, sueurs nocturnes : appétit faible : prostration des forces. Nous inscrivîmes sur la feuille du diagnostic : *Phthisie pulmonaire au deuxième degré.* Le malade fut mis à l'usage du lichen d'Islande.

Pendant quelques jours il sembla y avoir du mieux : la toux et les autres symptômes pectoraux avaient diminué : mais au bout de dix jours, oppression et toux plus fortes, avec crachement de sang. Une nouvelle exploration donna les mêmes résultats. Le râle cavernuleux était devenu plus bruyant et plus étendu.

Le mal fit ensuite des progrès rapides; des sueurs nocturnes copieuses s'établirent : des exacerbations fébriles survinrent plusieurs fois dans la journée, une diarrhée colliquative se déclara et fut suivie d'une leucophlegmasie générale. Nous explorâmes de nouveau le malade. La sonoréité de la poitrine était toujours la même, le bruit respiratoire et le râle cavernuleux étaient très-intenses : on n'entendait ni gargouillement, ni pectoriloquie, ni *souffle.* Par conséquent aucune caverne n'existait encore dans le poumon, ce qui semblait peu s'accorder avec l'état de dépérissement extrême du malade, qui succomba deux jours après la dernière exploration, quarante-huit jours après son entrée à l'hôpital.

Autopsie cadavérique, quarante-huit heures après la mort.—Les deux poumons, intimement adhérents aux plèvres, étaient farcis jusqu'à leur base de nombreux tubercules agglomérés, ce qui donnait à cet organe une dureté peu commune: ces corps hétéroplastiques étaient, les uns ramollis, les autres à l'état de crudité; il n'y avait point encore d'excavation, comme le prouva une dissection minutieuse. La muqueuse bronchique était fortement enflammée et épaissie : la corde vocale droite était détruite par une ulcération; les autres viscères n'offraient rien à remarquer.

Cette observation nous a paru intéressante sous le rapport des difficultés de diagnostic qu'elle a présentées. La poitrine rendait dans toute son étendue un son clair : il existait une forte crépitation ? aucun souffle, point de gargouillement ni de pectoriloquie. La crépitation jointe à la clarté du son chez un individu atteint d'un vieux catarrhe, ne pouvaient-ils pas faire songer à un emphysème pulmonaire? Non, car dans l'emphysème le bruit respiratoire est à peine perceptible, et ici il était bruyant et râpeux: dans l'emphysème, le thorax est dilaté, et ici il était rétréci; de plus, l'expérience nous avait appris que la crépitation que nous entendions avait le caractère du râle cavernuleux, et que le bruit respiratoire était celui des phthisiques. L'on voit donc que, par une déduction rigoureuse de la valeur des signes, et surtout par la comparaison de ceux qui se contredisent ou se corroborent, on arrive, même dans les cas les plus difficiles, à asseoir un diagnostic positif.

Une chose qui n'est pas non plus sans importance pour le diagnostic, et qui frappe dans cette observation, c'est la persistance de la sonoréité et l'augmentation même du bruit respiratoire, tandis que le poumon était farci, endurci par des masses tuberculeuses. Ceci se remarque ordinairement chez les phthisiques, et on est en droit de se demander comment, avec de pareils farcissements, le bruit respiratoire vésiculaire et la sonoréité peuvent persister, tandis que dans la pneumonie ces phénomènes sont remplacés par le souffle bronchique et une matité complète : cela tient-il à ce que les tubercules sont seulement interposés entre les vésicules, comme le veulent certains anatomistes (Andral, Lombart), tandis que dans la pneumonie les vésicules sont oblitérées et remplies? Quoi qu'il en soit de cette explication, le fait existe et doit entrer en balance pour le diagnostic.

CHAPITRE IV.

De la valeur de la pectoriloquie et du râle caverneux, comme signes de la troisième période de la phthisie.

Lorsque le malade est arrivé à la dernière période de la consomption pulmonaire, lorsque le poumon, creusé de cavernes, est fondu par la suppuration, le diagnostic ne saurait, en général, plus être douteux: les profondes lésions fonctionnelles, sans recourir aux signes physiques, n'attestent que trop hautement l'existence de l'impitoyable maladie. Cependant tous les praticiens savent par expérience que bien souvent aussi la phthisie peut être masquée jusqu'à la fin, soit par l'apparition de symptômes étrangers, soit par l'apparence d'une santé plus ou moins complète. Dans ces cas les signes physiques deviennent donc d'une haute importante : or, ceux-ci peuvent induire en erreur un observateur peu excercé. Nous croyons par conséquent utile de consigner ici quelques réflexions : elles pourront ne pas être sans utilité dans la détermination du diagnostic.

De tous les signes qui annoncent l'existence des cavernes, celui qui jouit de la plus grande confiance, celui que les médecins recherchent de préférence dans leurs explorations, c'est la *pectoriloquie,* et en général on doute de l'existence des vomiques tant qu'on n'a pas perçu ce phénomène. Or, ce signe, nous l'avons trouvé tant de fois en défaut, et nous avons vu si souvent des erreurs commises, soit dans sa perception, soit dans son appréciation, que nous nous croyons fondé à dire, que de tous les signes physiques des vomiques, la pectoriloquie est un de ceux qui méritent le moins de confiance. Nous essaierons de démontrer cette proposition en prouvant par des considérations théoriques, et surtout par les faits, que d'un côté des cavernes peuvent exister sans se manifester par la pectoriloquie, et que, d'un autre côté, celle-ci peut être évidente sans qu'il existe ni caverne ni même de phthisie.

Ce phénomène étant produit par le retentissement de la voix dans une cavité anormale ou dans les troncs bronchiques, il faut, pour qu'il soit perçu, que l'air

puisse pénétrer librement dans ces cavités, et que le son soit facilement conduit jusqu'à l'oreille de l'observateur. Or, dans un grand nombre de circonstances, cette double condition n'existe pas, ainsi que nous allons le voir.

1° Si une vomique ne communique pas encore avec l'arbre bronchique, ou si la communication a lieu par des ramuscules étroits, peu nombreux, souvent oblitérés par des matières concrètes, l'air ne pourra pas y retentir, la pectoriloquie n'aura pas lieu.

2° Lorsque la vomique est profonde, séparée des parois thoraciques par un tissu pulmonaire sain, crépitant par conséquent, peu propre à conduire le son, ce phénomène ne sera pas perçu. Cette circonstance se présente très-souvent, surtout chez des individus dont la tuberculisation est peu étendue, et chez lesquels, la marche de la phthisie étant peu prononcée, il serait d'autant plus important de pouvoir fixer le diagnostic par des signes physiques. Ainsi la pectoriloquie n'a presque jamais lieu chez des phthisiques atteints en même temps d'emphysème du poumon (1).

3° Lorsque les parois de la vomique, ordinairement très-grandes, sont flasques, elles s'affaissent pendant l'expiration (or c'est pendant l'expiration que les malades parlent), la cavité anormale se trouve effacée, et il ne peut y avoir de pectoriloquie.

4° Lorsque le poumon n'adhère pas la plèvre à l'endroit où existe une caverne, les parois de celle-ci se trouvent presque toujours rapprochées, parce qu'elles ne sont point soutenues, aussi n'ai-je jamais trouvé de pectoriloquie chez les sujets qui présentaient cette disposition anatomique.

Nous ne parlerons point ici d'une foule de circonstances accidentelles qui peuvent masquer la pectoriloquie pour un temps plus ou moins long, telles que la plénitude des cavernes, l'obstruction des bronches qui y conduisent, l'extinction de la voix: ce sont là autant de causes d'erreur; mais elles peuvent n'être que passagères, tandis que les causes que nous avons indiquées ci-dessus sont permanentes, et influent d'une manière constante sur la production de ce phénomène.

Il faut donc, pour qu'il y ait pectoriloquie dans les cas de phthisie, que les vomiques soient d'une dimension moyenne; qu'elles communiquent suffisamment avec les tuyaux bronchiques: qu'elles soient en grande partie vides: que leurs parois soient résistantes et entourées d'une substance endurcie. L'absence d'une seule de ces conditions fera manquer la pectoriloquie: l'on sent dès lors combien celle-ci doit fréquemment faire défaut.

Les faits qui viennent à l'appui de ces vues théoriques se présentent chaque jour à l'observation.

Les cas où la pectoriloquie est plus ou moins évidente, sans qu'il existe de vomiques, sont également nombreux. Dans ces cas rentrent tous les états morbides dans lesquels se rencontre la double condition du mécanisme que nous avons indiqué. Ainsi, la dilatation des bronches, l'induration tuberculeuse au premier degré, l'hépatisation pneumonique, même sans abcès, peuvent donner lieu à la pectoriloquie la plus forte. Dans toutes ces circonstances le mode de production du phénomène est le même. Que le poumon soit hépatisé, comprimé, creusé de cavernes, toujours il y a ces deux causes: retentissement de la voix dans une cavité naturelle ou accidentelle; transmission de cette voix à travers un milieu, devenu meilleur conducteur. On nous objectera peut-être que dans ces diverses maladies la voix présente des degrés d'intensité capables de faire discerner ces états morbides; mais que sera-ce qu'un diagnostic basé sur une nuance du plus au moins dans l'intensité de la voix pectorale? qui ne sent que ce qui sera pectoriloquie pour l'un, sera voix bronchique pour l'autre, et réciproquement? Il y a plus, la bronchophonie, due à l'induration pneumonique ou tuberculeuse, peut être tellement intense, que les paroles les plus basses du malade sont soufflées à l'oreille de l'observateur à travers le stéthoscope, tandis que l'observation journalière prouve que dans les cas de caverne la pectoriloquie est souvent très-faible et à peine perceptible.

Pour se tirer de cet embarras, sans rien faire perdre à la valeur de la pectoriloquie, Laennec, qui lui en accordait certainement trop, a admis une pectoriloquie *imparfaite* et *douteuse*. Mais qu'est-ce qu'une pectoriloquie qui présente ces caractères? Qui pourra dire si ce n'est pas de la bronchophonie, ou peut-être même un simple retentissement de la voix à l'état normal; car il ne faut pas oublier ce fait important dans la pratique de l'auscultation, que chez un grand nombre de personnes qui n'ont aucune maladie de poitrine, principalement chez celles qui sont maigres et ont la voix grave, celle-ci imprime aux parois thoraciques un frémissement qui peut simuler la pectoriloquie ou la masquer lorsqu'elle existe. Cette erreur est surtout fréquemment commise par les personnes qui ont peu l'habitude de l'auscultation, et nous avons vu souvent des élèves étonnés du retentissement qu'ils percevaient, et, n'ayant pas par expérience de point de comparaison avec la vraie pectoriloquie, s'écrier qu'ils percevaient la voix caverneuse. Nous ne pûmes parvenir à les convaincre de leur erreur qu'en leur faisant promener le stéthoscope sur tous les points de la poitrine; alors ils percevaient cette prétendue pectoriloquie dans un rayon évidemment dix fois plus grand que celui de la caverne la plus étendue. Cette méprise est de la plus grande facilité chez les enfants qui ont la voix très-retentissante.

Nous ferons, enfin, remarquer qu'une espèce de pectoriloquie existant naturellement dans les points de la poitrine où se trouvent les gros tuyaux bronchiques, on ne peut rien en conclure lorsqu'elle n'existe que dans l'espace inter-scapulaire, à la réunion des clavicules avec le sternum; or, c'est précisément dans ces régions que se trouvent ordinairement les cavernes.

Toutes ces raisons nous autorisent à n'accorder à la pectoriloquie qu'une valeur séméiotique très-douteuse: elles seront encore corroborées par les faits qui vont suivre.

Observation septième.

Hépatisation rouge du sommet du poumon gauche: pectoriloquie intense; pneumonie prise pour une phthisie; mort.

Au mois de juin 1833 il y avait, dans le service de M. Lobstein, un peintre âgé de quarante-deux ans, qui était entré, plusieurs semaines auparavant, à la clinique pour un catarrhe pulmonaire, auquel on fit

(1) Voyez notre Compte-rendu de la clinique de M. Aronssohn, p. 74.

peu d'attention, en raison du peu de gravité des symptômes. Le 16 juin, le malade parut plus abattu, la toux avait augmenté, il y avait une oppression visible, les crachats étaient striés de sang. On prescrivit un looch calmant. Les jours suivants, l'abattement fit des progrès, l'oppression devint plus forte, le pouls était très-fréquent; le quatrième jour, depuis la recrudescence des symptômes, nous explorâmes le malade : nous trouvâmes de la matité au sommet du côté gauche, un souffle très-fort et une pectoriloquie tellement intense, que nous ne doutâmes pas un instant de l'existence d'une caverne au sommet du poumon gauche. Le malade mourut deux jours après.

A l'*autopsie*, non-seulement nous ne trouvâmes pas de vomique, mais pas même de tubercules; ce qui nous avait induits en erreur, c'était une pneumonie du sommet du poumon gauche, passée à l'hépatisation rouge, et ayant donné un souffle et une voix bronchiques assez intenses pour simuler complétement la pectoriloquie.

Observation huitième.

Phthisie au premier degré ; agglomération de tubercules crus ; pectoriloquie intense ; mort.

Eugénie Lemaître, bonne d'enfants, âgée de dix-neuf ans, d'une constitution délicate, entra à la clinique interne le 3 avril 1833. Cette jeune fille nous apprit que depuis six mois elle était affectée d'une toux qui était devenue de plus en plus incommode ; qu'elle avait craché du sang à plusieurs reprises; que depuis trois mois ses règles étaient supprimées, et que depuis cette époque elle était plus oppressée et n'avait plus quitté le lit.

A son entrée à l'hôpital elle était très-maigre, pâle, et éprouvait une forte dyspnée; la toux est grasse, l'expectoration verdâtre. Il y a des sueurs nocturnes, une diarrhée habituelle; le pouls est petit et fréquent. L'exploration montre une poitrine étroite, donnant un son mat sous la clavicule droite; le bruit respiratoire est très-intense et râpeux; au-dessous de chaque clavicule on entend une *pectoriloquie très-forte*, qui permet de comprendre toutes les paroles qu'articule la madale.

Deux jours après cet examen, une hémoptysie prolongée épuisa le reste des forces de cette jeune fille, qui succomba trois jours après son entrée à l'hôpital. D'après les signes que nous venons d'énumérer, on avait diagnostiqué une phthisie au troisième degré avec cavernes sous chaque clavicule.

L'*autopsie cadavérique* fut soigneusement faite quarante heures après la mort. Le poumon fut trouvé entièrement tuberculeux; à son sommet surtout il était complétement farci; mais la dissection la plus attentive ne put y faire découvrir la plus petite caverne; nous ne trouvâmes même pas de tubercules ramollis. A la base du poumon existait un foyer apoplectique, suite de la dernière hémoptysie.

Dans cette observation nous trouvons à la vérité une phthisie pulmonaire, mais au premier degré. Il n'y avait point de cavernes, comme semblait l'annoncer l'éclatante pectoriloquie qu'on avait constatée; c'est la confirmation de ce que nous avons dit plus haut, savoir : que l'induration seule du poumon peut donner lieu à ce phénomène. Cette jeune fille paraît avoir succombé dès la première période de la phthisie, par suite de l'affaiblissement produit par les hémorrhagies pulmonaires réitérées.

D'après tout ce que nous venons d'exposer, on sera peut-être tenté de croire qu'il faut tout à fait rejeter la pectoriloquie du domaine du diagnostic; mais notre pensée n'a pas été d'amener cette conclusion; nous avons seulement voulu limiter la valeur de ce phénomène, et prouver, par le raisonnement et par les faits, qu'il ne faut pas lui accorder une confiance trop étendue, parce qu'elle pourrait entraîner des erreurs plus ou moins graves. Si la pectoriloquie est bien franche, parfaite, très-circonscrite, constante; si elle ne se fait entendre que dans un seul point, et surtout si elle s'accompagne d'autres signes qui annoncent des cavernes, alors elle mérite de la confiance; elle sert à confirmer les autres signes comme elle est confirmée par eux; mais, encore une fois, elle présente rarement toutes ces conditions.

En résumé, ce qu'il faut conclure de ces considérations, c'est :

1° Que dans un grand nombre de cas de cavernes, la pectoriloquie n'a pas lieu;

2° Que, lorsqu'elle existe, elle peut être produite par des causes autres que des cavernes;

3° Qu'elle n'a de valeur qu'autant qu'elle est limitée, parfaite, et surtout qu'elle accompagne d'autres signes d'excavations tuberculeuses.

Quoi qu'il en soit de la valeur équivoque de la pectoriloquie, comme signe de la phthisie au dernier degré, cette maladie n'en est pas moins facile à reconnaître par les autres signes physiques dont la réunion donne un degré de certitude tel, qu'une erreur de diagnostic devient ici presque impossible.

Parmi ces signes, celui qui, selon nous, mérite d'être placé en première ligne à cause de son importance, est, sans contredit, le *râle caverneux*, connu sous le nom de gargouillement; mot qui exprime la sensation qui le caractérise. Ce phénomène peut être considéré comme le signe le plus constant des excavations tuberculeuses : il se produit spontanément par l'inspiration et par la toux, sans qu'il soit nécessaire de faire parler le malade; il a lieu dans les plus petites comme dans les plus grandes excavations, qu'elles soient profondément situées ou superficielles. Pour être transmis, il n'a pas besoin d'un tissu pulmonaire endurci; il est produit dans les cavités qui ne contiennent que quelques gouttes de liquide, comme dans celles qui sont presque pleines; et si quelquefois une expectoration complète le fait disparaître pour un instant, il ne tarde pas à reparaître avec la cause dont il dépend. Il ne peut pas, du reste, comme on l'a dit en théorie, être simulé par un gros râle muqueux : il est plus volumineux que ce dernier et se fait entendre dans un espace circonscrit; ne se déplace pas par bulles, mais en masse. C'est surtout par la toux, comme le dit Laennec, qu'on acquiert la conviction que le râle se passe dans une caverne; on peut en effet sentir le choc des matières que celle-ci contient, lorsque, déplacées par la toux, elles viennent, pour ainsi dire, heurter contre l'extrémité du stéthoscope.

Au reste, ce phénomène existe rarement seul. Presque toujours il s'accompagne d'un souffle intense qui semble sortir directement des parois pectorales, ce qui est connu sous le nom de *souffle caverneux*; ce signe ajoute à la valeur de celui qui nous occupe

Le râle caverneux doit donc être regardé comme le signe pathognomonique de la phthisie pulmonaire arri-

vée à sa troisième période. Notre conviction est tellement grande à cet égard, que nous croyons que tant qu'on ne l'a pas perçu, on n'est pas fondé à admettre des cavernes chez un malade qui présente d'ailleurs réunis tous les autres signes physiques de cet état du poumon.

Sans nous arrêter aux autres caractères séméiotiques des cavernes, nous dirons que tous concourent dans des proportions variables à établir le diagnostic : ici tous les signes viennent se renforcer et confirmer, d'une manière malheureusement trop certaine, les ravages irrémédiables de la maladie. Nous terminerons par une observation qui prouve jusqu'à quel degré de certitude on peut porter le diagnostic de cette maladie ; elle fera voir en outre la prééminence qu'on doit accorder au râle caverneux sur la pectoriloquie.

OBSERVATION DIXIÈME.

Phthisie au troisième degré ; thorax offrant d'un côté pectoriloquie, sans caverne ; de l'autre, caverne sans pectoriloquie.

Catherine Diebold, ouvrière, âgée de trente-six ans, entra à la Clinique (service de M. Aronssohn) le 20 juin 1835.

Il y avait un an environ qu'elle était affectée d'une petite toux sèche, qu'elle attribuait à un profond chagrin ; cette toux était toujours allée en augmentant, et était accompagnée d'une expectoration verdâtre. La malade n'avait jamais craché de sang.

Admise à l'hôpital, elle se trouve dans l'état suivant : toux avec expectoration globuleuse, floconneuse, évidemment tuberculeuse, tombant au fond de l'eau ; dyspnée médiocre.

Exploration. — A la partie antérieure et supérieure du côté gauche, la percussion donne d'une manière distincte le bruit de pot fêlé ; dans la même région on perçoit du souffle et du râle caverneux, *sans pectoriloquie.* Sous l'omoplate droite existe une matité notable, une respiration obscure, *avec pectoriloquie* très-éclatante, mais point de râle caverneux. Dans le reste des deux poumons, bruit respiratoire râpeux.

Diagnostic. — Phthisie au troisième degré. Caverne large au sommet du côté gauche avec parois minces et flasques. Au sommet du poumon droit, point de caverne, mais, vers la racine, il doit y avoir des tubercules agglomérés. Cette femme était, du reste, dans un état de marasme déjà avancé ; fièvre hectique avec redoublement le soir ; règles supprimées depuis six mois. On prescrivit une infusion de digitale aromatisée.

Les jours suivants survint une diarrhée colliquative, puis une aphonie presque complète.

Nouvelle exploration. — Tintement métallique alternant avec le souffle amphorique dans tout le côté gauche. On ajoute sur la feuille du diagnostic : *Rupture de la caverne dans la plèvre.* Les forces de la malade s'affaissèrent graduellement, et elle succomba le 27 juin, sept jours après son entrée à l'hôpital.

Autopsie cadavérique trente heures après la mort. — L'examen anatomique vint ici confirmer, de la manière la plus positive, les moindres détails du diagnostic. Au sommet du poumon gauche existait une vomique très-vaste, remplie d'une grande quantité de pus occupant le quart supérieur du poumon. Elle présentait une paroi antérieure très-mince, presque exclusivement formée par la plèvre, et percée de deux trous réguliers qui faisaient communiquer la caverne avec la cavité pleurale ; celle-ci ne contenait que quelques cuillerées de pus. Le reste de ce poumon était farci de tubercules ; le poumon droit, au premier aspect, parut sain ; son tissu était crépitant presque partout, mais à la racine de cet organe on trouva une agglomération considérable de tubercules très-petits et tout à fait à l'état de crudité. Le foie présentait l'hypertrophie jaune particulière aux phthisiques. Les autres organes étaient sains.

Nous croyons, par ce qui a été dit plus haut, superflu de nous appesantir sur les vues qui nous ont dirigé dans la déterminaison rigoureuse de ce cas. D'une part, l'absence de la pectoriloquie, du côté où le râle et le souffle caverneux avaient révélé une vomique, nous fit conjecturer que celle-ci devait avoir une paroi molle qui s'affaissait pendant la phonation. D'autre part, la présence de la pectoriloquie, quoique très-évidente à droite, ne nous fit pas admettre d'excavation de ce côté, parce qu'il n'y existait point de gargouillement ; nous avons donc ici une preuve irréfragable de l'incertitude du premier de ces signes, et de la grande valeur du second.

Note du Rédacteur. — Nous ne pouvons pas laisser passer le mémoire de M. Hirtz sans faire quelques remarques sur le chapitre II, où il est question d'une modification particulière du bruit respiratoire dans la période de crudité des tubercules, et que l'auteur désigne sous le nom de bruit respiratoire râpeux. Il y a déjà quatre ou cinq ans que cette modification particulière est assez généralement connue à Paris par ceux qui s'occupent sérieusement de l'observation des maladies. J. Jackson, de Boston (1), un des membres les plus distingués de la Société d'observation, étudiant avec le plus grand soin les maladies de poitrine, remarqua que dans les premiers temps de la phthisie, le bruit respiratoire perdait sa souplesse au niveau des points envahis. Il constata en outre que l'expiration, si peu prononcée dans l'état naturel, devenait non-seulement prolongée, mais perdait son moelleux et prenait le caractère bronchique, avant que l'inspiration eût changé de nature. Depuis cette époque, M. Louis ne cessa de donner une grande attention à ce signe, et de le faire soigneusement remarquer à ses élèves. Il en a si bien senti toute l'importance, que dans son mémoire si parfait sur l'emphysème des poumons, publié d'abord en partie dans le XIe volume du *Dictionnaire de médecine* (2), et plus tard avec tous ses détails, dans le 1er volume des *Mémoires* de la Société médicale d'observation, il a signalé le bruit sec, dur et comme bronchique, qui, dans un très-petit nombre de cas, se fait entendre au niveau des points emphysémateux, comme pouvant être confondu avec celui que produit une dilatation des bronches ou la *présence des tubercules au premier degré.* Aussi a-t il soin d'ajouter, qu'en pareil cas la sonoréité de la poitrine, sensiblement augmentée dans le point malade, levera les doutes et fera reconnaître l'emphysème.

Il est peu surprenant qu'un médecin aussi instruit

(1) Voy. A Memoir of James Jackson, Jr. M. D. Boston, 1835, et dans les Mémoires de la Société médicale d'observation, une note de l'avertissement, pag. 14. Paris, 1836, chez Crochard.

(2) Dict. de Méd., en 25 vol. tome XI. Août 1835.

que M. Hirtz ait ignoré ces faits, car, avant la publication des Mémoires de la Société médicale d'observation, ils n'avaient pas été publiés en France de manière à se répandre rapidement. Le peu de mots qu'en a dit M. Louis, n'avaient d'autre but que de bien établir le diagnostic différentiel de l'emphysème, et les observations de Jackson n'ont pas été traduites. C'est donc par l'observation seule que M. Hirtz est parvenu au même résultat que l'observateur américain, et nous sommes loin de vouloir lui en ôter le mérite, qui, selon nous, n'est nullement diminué par la connaissance que l'on avait déjà du signe important qu'il a voulu faire connaître. Placés plus près que lui du théâtre des recherches faites antérieurement sur le même sujet, et n'ayant pas les mêmes raisons pour les ignorer, nous avons cru devoir nous montrer au courant de la science. Tel est le seul but de cette note que nous ne terminerons pas sans faire remarquer avec quelle sûreté l'observation attentive conduit aux mêmes résultats des hommes qui ne s'entendraient peut être jamais, s'ils se bornaient, comme on l'a fait si longtemps, aux discussions théoriques.

De quelques faits intéressants observés dans le service de M. Rostan pendant les années 1834 *et* 1835. *Maladies de la protubérance cérébrale ;* par A. Duplay, ex-chef de clinique de la Faculté.

Quoique la science possède déjà un assez grand nombre de faits relatifs aux différentes affections de la protubérance cérébrale, toutes les questions qui se rapportent à ce point de la science ne sont point encore résolues. Les phénomènes qui accompagnent les diverses lésions de la protubérance annulaire sont-ils toujours les mêmes ? Existe-t-il des symptômes bien tranchés qui puissent faire distinguer ces maladies de celles des autres parties de l'encéphale? Ces altérations s'accompagnent-elles, comme on l'a dit, seulement de la perte du mouvement, ou bien, au contraire, sont-elles suivies de lésions de la sensibilité d'une manière assez constante pour que l'on puisse en conclure, avec M. Serres, que la protubérance cérébrale, ainsi que la partie de la moelle qu'elle embrasse, sont le siége de la sensibilité ? Telles sont les questions principales qui sont encore pendantes, et que l'étude des faits peut seule parvenir à résoudre. C'est donc dans le but de contribuer, autant qu'il est en notre pouvoir, à la solution de quelques-unes de ces questions que nous allons exposer plusieurs faits de maladie de la protubérance cérébrale, dont deux ont été recueillies dans le service de M. Rostan, et autour desquels nous avons groupé plusieurs faits que nous avons observés dans d'autres hôpitaux pendant un espace de dix années.

——

Observation première.

Attaques épileptiformes qui disparaissent au bout de quelques années.—Céphalalgie et étourdissements.—Engourdissement et fourmillement dans tous les membres, mais surtout dans le membre thoracique droit.—Diminution de la paralysie.—Plus tard, faiblesse générale de plus en plus grande.—Strabisme.—Mort vingt ans après l'invasion des premiers symptômes.—Tumeur encéphaloïde naissant de la gouttière basilaire et comprimant la protubérance cérébrale, surtout à gauche.

Le nommé Duchesne, âgé de trente-neuf ans, journalier, d'une petite stature, d'une constitution détériorée, à chairs molles et flasques, entre à la Clinique le 15 juin 1835. Cet homme, qui jouit de toute son intelligence, a été au service militaire pendant deux ans, et plusieurs fois il a eu des douleurs rhumatismales qui ont cédé à des évacuations sanguines; mais, depuis quatre ans environ, il n'a rien ressenti de semblable. En 1815 il a une frayeur très-vive, et, à la suite de cette émotion morale, il est pris d'attaques, qu'il nous décrit de la manière suivante : elles survenaient tout à coup; il tombait privé de sentiment et agité de mouvements convulsifs des plus violents; puis ces mouvements, au bout d'un quart-d'heure, d'une demi-heure quelquefois, cessaient complétement, et étaient remplacés par un sommeil profond. Lorsque le malade se réveillait, il retrouvait quelquefois le souvenir de ce qui lui était arrivé; souvent aussi, pendant la durée de ces accès, il pouvait apercevoir ce qui se passait autour de lui. Ces attaques, très-fréquentes lorsqu'elles commencèrent à se montrer, survenaient principalement lorsque Duchesne était contrarié ou bien lorsqu'il faisait quelque excès de boisson, ce qui lui arrivait assez souvent. Au bout de quelques années, les accidents s'éloignèrent, et enfin ils disparurent complétement en 1820. Jusque vers l'année 1826, la santé de Duchesne fut bonne, seulement il était sujet à des maux de tête, à des étourdissements, mais qui se montraient d'une manière fort irrégulière; il pouvait travailler, mais il était généralement porté à la tristesse. C'est pendant cette période d'une santé presque bonne que le malade contracta plusieurs affections syphilitiques; il eut deux blennorrhagies et une fois des chancres. L'écoulement blennorrhagique ne disparut pas la seconde fois; il durait encore en 1832, et le malade entra pendant vingt jours à l'hôpital des Vénériens pour s'y faire soigner; il en sortit dans le même état. Depuis, il conserva un suintement par la verge, suintement qui augmentait lorsque le malade faisait quelque excès de boisson. En 1826, Duchesne éprouve des maux de tête beaucoup plus fréquents. En 1827, ils deviennent continuels, seulement ils présentent de temps à autre des redoublements; des phénomènes remarquables s'y joignent bientôt. Ce sont des fourmillements et des engourdissements dans tous les membres, mais principalement dans les membres thoraciques, et surtout dans le droit. Jusqu'en 1832, il n'éprouva rien de nouveau; mais, à cette époque, le bras droit s'affaiblit; le malade s'en servait avec peine, cependant il pouvait encore exécuter des mouvements assez étendus; il y avait de la gêne plutôt qu'une véritable paralysie. Les maux de tête présentaient toujours la même constance et la même intensité,

et le malade éprouvait de fréquents étourdissements. L'intelligence resta néanmoins parfaitement intacte au milieu de ces troubles de la sensibilité et de la motilité. Vers le milieu de 1832, les phénomènes de paralysie cessèrent peu à peu dans le bras droit, et les mouvements revinrent à peu près comme ceux du bras gauche; mais la céphalalgie persista toujours avec la même opiniâtreté. Vers 1833, le malade éprouva un affaiblissement général assez prononcé; le travail devint alors presque impossible, et cependant il pouvait encore marcher et se servir de ses bras pour faire des travaux qui exigeaient peu de force. L'année suivante il entra, à plusieurs reprises, à l'hôpital, où il fut saigné plusieurs fois. A l'hôpital de la Pitié, on administra aussi plusieurs fois des révulsifs sur le canal intestinal, et l'on fit placer un séton à la nuque. Mais tous ces moyens furent infructueux, et Duchesne en sortit à peu près dans le même état que lorsqu'il y était entré. Enfin, ce malheureux, en proie à une céphalalgie continuelle et à une faiblesse générale qui faisait des progrès chaque jour, se décida à venir réclamer les soins de M. Rostan. Lors de son entrée à la Clinique, il présentait l'état suivant :

15 juin 1835, la face est pâle, le malade est presque complétement chauve; céphalalgie très-violente dans toute la partie antérieure de la tête, mais un peu plus forte à gauche qu'à droite; quelques légers engourdissements dans tous les membres, mais pas plus dans le bras droit que dans le gauche, et pas plus dans les membres thoraciques que dans les membres abdominaux. La peau est sensible; la vue est intacte; le malade distingue bien; l'odorat et l'ouïe ne sont point altérés. Du côté de la locomotilité, il existe strabisme très-prononcé; l'œil gauche est porté dans l'adduction et regarde le nez; l'œil droit n'a pas subi de déviation sensible. La langue se dévie quand le malade la tire; elle s'incline à droite. Les membres sont faibles, mais exécutent des mouvements; la marche est lente et pénible; les mouvements des bras, quoique faibles, peuvent encore s'exécuter avec une certaine promptitude. Le malade serre très-faiblement avec les mains, et surtout avec la droite; cependant il peut encore très-bien s'en servir pour boire et pour manger. La parole s'exécute librement; elle est un peu traînante, et le timbre de la voix est un peu nasillard, comme s'il y avait une angine ou un coryza; la langue blanche et humide; déglutition facile; soif peu vive; appétit; pas de nausées, pas de vomissements; constipation; rien du côté de la respiration, rien du côté de la circulation; le pouls marque 72 pulsations. (Orge miellé, lavement émollient, pansement du séton qui subsiste encore et qui verse une suppuration assez abondante.)

L'état du malade reste le même pendant quelques jours. Vers le 20, l'on remarque que le strabisme a un peu augmenté, et que la pupille du côté gauche offre une dilatation plus considérable que la droite. Le malade voit aussi moins distinctement de cet œil que de l'œil droit. Du reste, la céphalalgie est toujours excessive, mais il n'existe pas de paralysie complète; le malade éprouve seulement une faiblesse plus considérable dans les extrémités inférieures; sa démarche est chancelante, et il est obligé de se retenir souvent aux objets qui l'entourent. (Même prescription que les jours précédents; un quart d'aliments.)

Jusqu'au 24, Duchesne se plaint toujours de la tête; il demande qu'on lui applique des vésicatoires. La face est un peu rouge; le pouls a 92 pulsations; il est en outre dur et développé; constipation opiniâtre. (Dix sangsues à la tempe gauche; chicorée miellée avec sulfate de soude; lavement émollient; un quart d'aliments.)

Les jours suivants, il ne survient rien de remarquable, seulement le malade se plaint d'éprouver de la cuisson en urinant (Chiendent nitré; eau de guimauve pour bain local; lavement émollient.)

Le 30 juillet, la céphalalgie redouble; pendant la nuit du 1er au 2 août, il survient du délire. Le 2, le pouls est fréquent; il y a de la chaleur à la peau; la céphalalgie est vive. Du reste, l'on ne remarque du côté de la locomotilité et de la sensibilité rien de plus que les jours précédents. Il y a constipation. (Douze sangsues aux apophyses mastoïdes; chiendent nitré; lavement avec miel de mercuriale; diète.)

Les jours suivants, le délire n'a pas reparu, mais le malade est devenu excessivement irascible; il est mécontent de tout, se plaint continuellement, prétend qu'il est mal soigné par tout le monde, et veut sortir de l'hôpital; c'est à grand'peine et à force de raisonnement qu'on le détermine à rester. L'appétit revient un peu, et le malade demande à manger; cependant il est facile de s'apercevoir qu'il s'affaiblit chaque jour.

Le 9, l'abattement est plus grand que jamais. Les réponses du malade sont lentes et pénibles; il jouit cependant de toute son intelligence. L'œil gauche est plus que jamais tourné dans la rotation en dedans. L'on ne remarque, du reste, dans la motilité et la sensibilité aucun trouble de plus que ceux qui ont été notés précédemment. (Limonade citrique; lavement simple; cataplasmes sinapisés.)

Le 10, la prostration est très-grande; facies très-altéré, décubitus sur le dos, somnolence, réponses plus lentes et plus difficiles que la veille; les mots sortent lentement, mais ils ne cessent pas d'être bien articulés. Les membres thoraciques sont immobiles; lorsqu'on les soulève, ils retombent, et le malade ne peut les soutenir élevés; même état des membres abdominaux. Du reste, la sensibilité ne paraît que très-légèrement émoussée dans les diverses parties. L'intelligence paraît être moins intacte que la veille; il y a une céphalalgie vive. Le pouls est très-petit et filiforme. (Limonade, lavement, sinapismes aux extrémités.)

Le 11, à la visite, le malade est sans connaissance; il est agonisant; la respiration est stertoreuse. Il meurt à neuf heures du matin, peu d'instants après que la visite est finie.

Autopsie vingt-quatre heures après la mort.—L'extérieur du corps n'offre rien de remarquable.

Tête.—Les parois du crâne présentent une épaisseur considérable. La dure-mère n'offre aucune adhérence avec les os du crâne. Les deux feuillets de l'arachnoïde présentent çà et là de petites brides qui se portent de l'un à l'autre. La pie-mère et l'arachnoïde se détachent facilement de la substance cérébrale dont elles n'enlèvent aucune portion. Ces membranes paraissent injectées, et résistent fortement à la traction exercée sur elles.

La substance cérébrale est généralement injectée; elle est dans presque toute son étendue pointillée de rouge; cependant elle ne présente aucune altération de consistance. Les ventricules latéraux contiennent chacun environ deux cuillerées de sérosité. Les deux hémisphères ayant été successivement enlevés après les avoir incisés couche par couche, on aperçoit une tu-

meur du volume d'un œuf de pigeon qui, s'élevant de la gouttière basilaire, soulevait la protubérance cérébrale. Cette tumeur, irrégulièrement arrondie, bosselée à sa surface, naissait de la portion gauche de la gouttière basilaire, endroit où la substance osseuse était fortement ramollie, au point que le scalpel la divisait comme un fibor-cartilage. Par sa partie antérieure, cette tumeur envoyait un prolongement qui s'étendait dans la fosse pituitaire où elle soulevait fortement la dure-mère: elle longeait le sinus caverneux du côté gauche qu'elle comprimait fortement: Incisée, elle offrait un tissu lardacé, au milieu duquel se présentaient quelques points de tissu encéphaloïde ramolli. Cette tumeur, par son développement, comprimait de bas en haut la protubérance annulaire un peu plus à gauche qu'à droite, de sorte que la face de cet organe qui repose sur la gouttière basilaire présentait une dépression considérable dans laquelle la tumeur se trouvait logée.

Thorax.—Les organes contenus dans la poitrine ne présentent rien de remarquable.

Abdomen. — Tous les organes sont examinés, mais ils n'offrent aucune altération. On est fort embarrassé dans cette observation pour assigner à la maladie sa véritable durée. Les accès épileptiformes qui semblent avoir ouvert la marche de la maladie doivent-ils être attribués à la frayeur qu'a éprouvée le malade, ou bien à la pression exercée sur la protubérance cérébrale par la tumeur commençante, pression à laquelle cet organe semble s'être ensuite accoutumé? N'est-il pas plus probable d'en faire remonter l'origine seulement à 1820, époque à laquelle une céphalalgie continuelle et très-vive se manifesta pour ne plus disparaître? Mais ce ne fut que sept ans après, au rapport du malade, que les engourdissements, les fourmillements, symptômes caractéristiques de l'altération du système nerveux, commencèrent à se manifester. Alors ces phénomènes étaient bien plus prononcés du côté droit que du côté gauche, ce qui s'explique par la position, l'origine, le mode de développement de la tumeur, et par la compression qu'elle a dû exercer d'abord sur le côté gauche de la protubérance cérébrale. Un certain nombre d'années après, les phénomènes de paralysie bornés au bras droit semblent moins tranchés, mais aussi ils deviennent plus généraux, et le malade ressent un affaiblissement général, des fourmillements et des engourdissements qui ne portent plus seulement sur le membre thoracique droit, mais bien sur les deux membres thoraciques et les membres abdominaux, et jusqu'à sa mort les phénomènes restèrent toujours à peu près les mêmes. Ces nouveaux accidents s'expliquent parfaitement par l'augmentation du volume de la tumeur qui put alors comprimer la totalité de la protubérance cérébrale.

Observation deuxième.

Ancienne attaque d'apoplexie suivie de paralysie du côté gauche. — Symptôme de congestion sanguine revenant de temps en temps. — Nouveaux symptômes d'hémorrhagie cérébrale. — Paralysie du côté droit. — Mort. — Ramollissement de la moitié gauche du mésolobe et du prolongement antérieur correspondant.

Marie Valders, journalière, âgée de trente-trois ans, avait toujours joui d'une bonne santé, lorsqu'elle fut prise, il y a cinq ans, de tous les symptômes d'une hémorrhagie cérébrale, à la suite de laquelle le côté gauche resta paralysé. Depuis lors, cette femme fut sujette à des maux de tête, des vertiges et des éblouissements; aussi se faisait-elle saigner presque tous les mois, dans la crainte de voir le même accident se reproduire. Elle avait négligé de se faire saigner, et avait retardé de quelques jours seulement cette évacuation sanguine habituelle, lorsque, le mercredi 13 novembre, elle tomba tout à coup en faisant son ménage. La malade fut saignée aussitôt; on lui appliqua de plus vingt sangsues dans la soirée. Mais le lendemain, la perte de connaissance étant toujours complète, on fit appliquer un large vésicatoire à la nuque; on donna une infusion de tilleul, avec addition d'un grain de tartre stibié par pinte. La nuit suivante, la malade reprit un peu connaissance; elle demanda plusieurs fois à boire, mais d'une manière assez confuse; et, enfin, le lendemain 15, elle entra à l'hôpital. Le 16, à la visite, elle était dans l'état suivant :

16 novembre. Face pâle, commissure gauche des lèvres fortement tirée en dehors. Les muscles des joues se laissent distendre passivement. On remarque un peu de strabisme; décubitus dorsal; résolution complète des membres du côté droit. La sensibilité n'est pas complétement abolie; la malade témoigne de la douleur quand on pince la peau, mais il faut serrer fortement. Le bras et surtout la main du côté gauche ont un aspect tout particulier; le pouce est fortement fléchi dans la paume de la main, les doigts sont légèrement atrophiés, et la main présente l'aspect des membres frappés depuis longtemps de paralysie. Aussi, d'après cette seule inspection du membre, et sans avoir connaissance du commémoratif de la maladie, M. Rostan prononce-t-il qu'il y a eu précédemment une hémorrhagie cérébrale, suivie d'une paralysie de ce membre. Les renseignements ultérieurs virent justifier ce diagnostic. Cette femme répond difficilement; cependant elle déclare elle-même qu'elle est malade depuis trois jours, et elle demande plusieurs fois à boire. Céphalalgie. Les organes digestifs ne présentent rien de particulier; aucun symptôme du côté de la poitrine; le pouls, un peu développé, marque 84 pulsations. (La malade ayant été saignée, on prescrit huit sangsues au-dessous de chaque apophyse mastoïde; chicorée avec sulfate de magnésie, 1 once dans chaque pot; lavement purgatif; cataplasmes sinapisés; compresse froide sur le front, élévation de la tête.)

18. Facies pâle, altéré; strabisme plus marqué que la veille; commissure gauche des lèvres tirée fortement en-dehors; résolution complète des membres du côté droit; lorsqu'on pince le bras ou la cuisse, la malade grimace, mais il faut serrer la peau fortement. La parole est nulle; la malade paraît étrangère à ce qui l'environne. La langue est pâle; elle est un peu sèche. La pression sur l'abdomen ne détermine aucun signe de douleur. Plusieurs évacuations alvines involontaires; respiration stertoreuse; pouls très-petit, 90 pulsations. (Même prescription.)

Le 19, la malade est agonisante; tous les sens sont abolis. La sensibilité est complétement détruite dans les membres du côté droit. La respiration est excessivement bruyante et le pouls presque nul; une sueur visqueuse couvre la malade. Le 20, agonie; sorte de constriction du larynx; respiration très-pénible; langue sèche et fuligineuse; abdomen tendu, selles invo-

lontaires. Morte le soir à neuf heures et demie.

Autopsie trente-six heures après la mort. — L'état extérieur ne présentait rien de remarquable.

Tête. — La dure-mère adhère çà et là aux os du crâne. Le sinus longitudinal supérieur renferme un caillot fibrineux de couleur jaunâtre ; du reste, les parois du sinus ne présentent rien de particulier. L'arachnide et la pie-mère sont épaissies. Il existe une infiltration du tissu cellulaire sous-arachnoïdien, ce qui donne à ces membranes une teinte opaline ; du reste, elles sont fortement injectées et parcourues par de nombreux vaisseaux sanguins. La substance corticale est d'un gris violacé ; elle paraît moins consistante qu'à l'état normal, et se dessine plus nettement sur la substance blanche. Cette dernière est sablée de rouge, et généralement elle est un peu moins consistante que l'état normal. On ne rencontre dans l'épaisseur des lobes cérébraux de chaque côté aucune trace d'hémorrhagie. Les ventricules ne contiennent qu'une très-petite quantité de sérosité. Les couches optiques et les corps striés ne présentent aucune lésion. Le *septum lucidum* est un peu moins consistant que l'état naturel. La protubérance annulaire présente les altérations suivantes : sa moitié gauche est fortement ramollie ; le ramollissement occupe presque la totalité de l'épaisseur du prolongement antérieur gauche. Le tissu de la protubérance est converti en une sorte de bouillie d'un blanc rosé. Au centre de cette portion ramollie, il existe une petite cavité irrégulière capable de loger un gros pois et renfermant une très-petite quantité de sang non accumulé en foyer, mais comme combiné avec la substance cérébrale ramollie. Le prolongement antérieur droit et le côté correspondant de la protubérance n'offrent rien de semblable. Le cervelet est parfaitement sain.

Poitrine. — Les poumons de chaque côté adhèrent à la plèvre costale à l'aide de fausses membranes. Le poumon droit adhère par son sommet à la plèvre correspondante ; son tissu vers ce point est très-dur et d'un gris foncé. Il existe vers ce point une espèce de froncement de la plèvre et du tissu du poumon, et de plus une petite cavité capable de loger un gros pois, revêtue par une membrane lisse. Le reste du poumon est sain, excepté vers la base, où il existe un engouement très-prononcé. Il en est de même du poumon du côté opposé dont la base est très-fortement engouée. Le cœur est sain et ne présente aucune trace d'hypertrophie.

Abdomen. — Tous les organes contenus dans l'abdomen furent examinés, et aucun d'eux ne présenta d'altérations.

Le ramollissement de la protubérance, quoique n'étant pas une affection très-commune, a cependant été noté un certain nombre de fois par les observateurs ; on l'a rencontré à tous les degrés possibles, depuis la simple diminution de consistance, ainsi que l'ont signalé Abercrombie (1) et Laennec (2), jusqu'à la liquéfaction la plus complète, observée par MM. Lallemand (3), Germain (4), Bricheteau (5). Plusieurs fois, comme dans le fait que nous venons de rapporter, le ramollissement de la protubérance était partiel, et n'occupait, comme chez notre malade, qu'une moitié de la protubérance cérébrale. Sur quinze cas de ramollissement du mésocéphale, que M. le docteur Bell (1) a rassemblés et analysés dans sa thèse inaugurale qui offre tant d'intérêt, ce ramollissement partiel n'a été observé que six fois (2).

Nous ferons observer que, dans ce cas, il existait une hémiplégie du côté opposé à la moitié de la protubérance qui était le siége de l'altération, et que les phénomènes ont été les mêmes que si le ramollissement avait occupé un des hémisphères cérébraux. Dans certains cas, on a noté la paralysie de la face du côté correspondant à l'altération de la protubérance ; mais ici, comme dans un cas observé par M. Nosat (3), la paralysie de la face était croisée, ainsi que la paralysie des membres.

Nous avons cru convenable de placer à côté de ces deux faits d'altération de la protubérance cérébrale, plusieurs observations d'hémorrhagie de cet organe. La marche de la maladie étant, dans ces cas, généralement plus rapide, les symptômes étant aussi mieux dessinés, nous pourrons examiner peut-être avec plus de fruit que dans les observations précédentes, quelle est la valeur des symptômes qui ont été assignés à l'hémorrhagie de la protubérance cérébrale.

OBSERVATION TROISIÈME.

Epanchement sanguin dans les ventricules latéraux et les troisième et quatrième ventricules. — Petits foyers sanguins, au nombre de quatre, dans la protubérance annulaire.

Un homme, âgé de soixante ans, était depuis quinze jours dans les salles de médecine de la Charité, pour s'y faire traiter de douleurs rhumatismales chroniques qui avaient repris de l'acuité depuis quelque temps. On avait appliqué des sangsues à la région lombaire qui était le siége des douleurs. Le malade éprouvait du soulagement, lorsque, le 29 février 1829, il éprouve tout à coup un étourdissement et perd connaissance ; ses voisins, avec lesquels il causait, viennent aussitôt chercher des secours, et j'arrive auprès du malade quelques minutes après l'accident. Je le trouve dans l'état suivant :

Décubitus dorsal : face injectée : déviation de la bouche à droite : résolution des deux membres du côté droit, qui retombent de tout leur poids quand on les soulève : langue immobile et sans déviation notable. Le malade peut avaler les boissons qui lui sont introduites dans la bouche : insensibilité complète du membre supérieur et du membre inférieur droit : dilatation notable de la pupille du côté gauche : intelligence complétement anéantie ; respiration pénible, bruyante, s'exé-

(1) Recherches sur les maladies de l'encéphale, trad. par Gendrin, pag. 126.

(2) Auscultat. méd., 1re édit., 1er vol., p. 168.

(3) Recherches anat. pathol. sur l'encéphale, tom. I, p. 158.

(4) Biblioth. méd., tom. XXXIII, p. 222.

(5) Journ. complément. du Dict. des sciences méd., 1818, tom. I, p. 304.

(1) Dissert. sur quelques points de méd. et de chir. Thèse. Paris, août 1834, n. 224.

(2) Parent-Duchâtelet et Martinet, Traité de l'arachnitis, p. 433, Lallemand, Rech. anat. pathol. sur l'encéphale, tom 1, pag. 47, 101, 162 ; Fauconneau-Dufresne, Thèse, 1824, num. 220, pag. 25 ; Delabaye, Thèse, 1824.

(3) Lancette française, 1832, num. 123, pag. 501.

cutant cependant assez complétement. (Saignée de trois palettes, sinapismes, lavements purgatifs.)

Deux heures après, les symptômes, loin de diminuer, ont au contraire acquis une intensité beaucoup plus grande. Les membres du côté droit sont envahis également par la paralysie: ils sont dans une résolution complète, et ont perdu toute leur sensibilité. La respiration s'embarrasse de plus en plus, et le malade succombe trois heures après l'invasion des accidents, malgré une application de vingt sangsues aux apophyses mastoïdes et l'application réitérée des sinapismes.

Autopsie trente heures après la mort. —Lorsqu'on incise les téguments du crâne on voit ruisseler une quantité considérable de sang. L'arachnoïde était saine, mais les vaisseaux de la pie-mère étaient fortement injectés. La substance corticale présentait sa consistance normale, mais elle était un peu plus rosée que dans l'état naturel. La substance blanche était fortement sablée de rouge. Les ventricules latéraux renfermaient une grande quantité de sang liquide au milieu duquel nageaient des caillots d'une certaine consistance ; ce liquide se retrouvait également dans le troisième et le quatrième ventricule. En recherchant la source de cet épanchement, l'on rencontre sur le corps strié une déchirure d'un pouce de longueur ; les bords en sont comme déchiquetés. Cette fissure communique avec une cavité capable de loger une grosse aveline, formée aux dépens de la substance du corps strié, et contenant dans son intérieur du sang fluide au milieu duquel nagent des caillots et des détritus de la substance nerveuse. Le septum lucidum avait été complétement détruit par suite de l'effort hémorrhagique.

La protubérance annulaire conservait son volume naturel ; en l'incisant on aperçut quatre petits foyers sanguins dans son épaisseur; trois siégeaient dans le côté gauche de la protubérance, et un seul dans le côté droit. Le plus grand de ces foyers avait cinq lignes de diamètre, et le plus petit n'en avait que deux. Du reste, la consistance de l'organe était tout à fait naturelle. Le cervelet ne présentait rien de remarquable.

Les poumons étaient engoués vers leurs bases; le cœur était plus volumineux que le poing du sujet, et le ventricule gauche sensiblement hypertrophié.

Ce fait ne peut malheureusement servir à éclairer les symptômes propres à l'hémorrhagie de la protubérance annulaire, car il existait en même temps une de ces hémorrhagies cérébrales dont les phénomènes sont trop fortement prononcés pour qu'ils permettent d'en observer quelque autre. C'est donc surtout sous le rapport de l'anatomie pathologique qu'il offre de l'intérêt, car ces hémorrhagies multiples de la protubérance annulaire, ne sont pas très-communes, quoique cependant la science en possède déjà quelques cas parmi lesquels l'un a été publié par M. le docteur Nonat (1), et l'autre par M. Cruveilhier (2). M. le docteur Bell, dans sa thèse inaugurale, dit avoir aussi observé dans un cas cette même multiplicité de foyers hémorrhagiques. C'était à la surface inférieure du pont de Varole, où l'on voyait une multitude de petits épanchements très-voisins les uns des autres, et qui séparaient les fibres transversales sans les intéresser. L'altération pénétrait à environ deux lignes de profondeur, et ne s'accompagnait pas de ramollissement de la substance nerveuse. Cette même intégrité dans la consistance du mésolobe existait chez le malade dont nous rapportons l'histoire.

Du reste, l'état de tous ces foyers sanguins, et de celui qui occupait le corps strié, était partout le même, et il faut que l'effort hémorrhagique ait agi en même temps sur tous ces points divers pour produire, sinon au même instant, du moins à des intervalles très-rapprochés, ces divers épanchements sanguins.

OBSERVATION QUATRIÈME.

Hémorrhagie bornée à la moitié droite de la protubérance cérébrale intéressant les fibres du pédoncule droit. —Hémiplégie du côté gauche.—Nouvelle hémorrhagie dans le corps strié du côté droit ; irruption du sang dans le ventricule correspondant. — Mort rapide.

Une femme âgée de quarante-cinq ans, d'une stature moyenne, cheveux bruns, embonpoint médiocre, entre à l'hôpital de la Pitié, le 10 septembre 1834, dans les salles de la clinique, où je faisais alors le service. Elle avait eu, trois ans auparavant, une attaque d'apoplexie à la suite de laquelle le mouvement avait été complétement aboli dans tout le côté gauche. La sensibilité, d'après le rapport de la malade, avait été simplement diminuée, mais non complétement abolie. Des saignées du bras, des révulsifs, avaient amené le rétablissement de cette femme, et depuis un an et demi le mouvement était revenu. Elle pouvait marcher sans traîner la jambe et se servir de son bras. Pendant les dix jours qui précédèrent son entrée à l'hôpital, elle éprouva des étourdissements, de la céphalalgie et de la tendance à l'assoupissement. Cependant elle ne tint pas compte de ces accidents, et, le 10 septembre, jour de son entrée, elle éprouva tout à coup un étourdissement et tomba dans sa chambre. Une voisine, attirée par le bruit de sa chute, cherche à la relever, mais elle ne peut y réussir; elle va chercher du secours, et cette femme est transportée à l'hôpital.

Le soir, à la visite, elle était dans l'état suivant : face violacée; paupière gauche abaissée; bouche sensiblement déviée à droite; la langue éprouve une déviation dans le même sens ; la tête offre aussi une sorte de torsion du côté droit. Les membres supérieur et inférieur gauches sont complétement paralysés ; la vue paraît abolie; la sensibilité dans les membres gauches est complétement abolie; somnolence; respiration stertoreuse. (Saignée du bras de trois palettes ; sinapismes ; bouillon de veau avec tartre stibié, deux grains par pot.)

Pendant la nuit les accidents continuent; la respiration est de plus en plus embarrassée; l'intelligence ne revient pas et la paralysie ne subit aucune diminution. On applique des sangsues aux apophyses mastoïdes; des sinapismes sont promenés toute la nuit sur les extrémités inférieures, mais inutilement, car la malade succomba à cinq heures du matin.

Avant de procéder à l'autopsie, j'allai prendre des renseignements auprès du mari de cette femme, qui me donna tous les détails que j'ai rapportés sur la première attaque d'apoplexie qu'avait éprouvée cette femme et sur l'invasion des derniers accidents.

Autopsie vingt-huit heures après la mort.—L'on n'observe rien de particulier à l'extérieur du corps.

Tête.—La calotte du crâne enlevée, la dure-mère ne

(1) Lancette française, 1832, num. 123, pag. 501.

(2) Cruveilhier, Dict. chir. méd. prat., tom. III, pag. 740.

présente aucune altération particulière ; l'arachnoïde est saine ; la pie-mère infiltrée légèrement de sérosité. Les circonvolusions de l'hémisphère droit sont un peu affaissées et sont moins distinctes que du côté gauche; en incisant cet hémisphère couche par couche, on peut percevoir une fluctuation très-manifeste dans le ventricule correspondant. En plongeant le scalpel dans le ventricule, on vit s'en échapper une très-grande quantité de sang liquide, contenu dans le ventricule, et au milieu duquel nageaient des caillots mous et récents. Le corps strié de ce côté était presque entièrement détruit ; son tissu était comme broyé, et un filet d'eau en faisait flotter les détritus ; l'hémisphère du côté opposé ne présentait rien de semblable. En recherchant attentivement la cause de la première hémorrhagie, il nous fut impossible de rencontrer aucune trace de foyer hémorrhagique ancien dans l'un ou l'autre hémisphère. Mais, en examinant la protubérance annulaire, l'on aperçut, au milieu de la moitié gauche, une cavité bien isolée, oblongue transversalement, et un peu de gauche à droite, ayant cinq lignes dans son plus grand diamètre. Cette cavité, dont les parois avaient une teinte jaunâtre, renfermaient un liquide de même couleur. Ses parois s'enrayaient de petites brides qui se déchiraient assez facilement. Du reste, la substance médullaire environnante conservait sa coloration et sa consistance normales.

La poitrine ne présentait rien de particulier ; le cœur n'était pas hypertrophié. Les organes digestifs étaient sains.

Il est fâcheux que l'histoire de la première attaque d'apoplexie ne nous ait été qu'imparfaitement racontée par une personne tout à fait étrangère à l'art. La malade a été paralysée, nous a-t-on dit ; mais il aurait été fort intéressant de savoir s'il y avait eu, à une certaine époque, des mouvements convulsifs, et si la paralysie avait porté plutôt sur la sensibilité que sur le mouvement. Mais, pour faire ces remarques, il aurait fallu que la malade fût observée par un médecin, et un médecin pénétré de l'importance et de l'intérêt de ces diverses remarques.

Mais si le diagnostic ne peut tirer encore quelque parti de cette observation, l'anatomie pathologique peut encore en faire son profit. Nous voyons, en effet, par l'état du foyer qu'il était en voie de cicatrisation, et que, sans le second accident, cette cicatrisation serait devenue complète en peu de temps. Reste à savoir si jamais le mouvement serait revenu dans le membre opposé. Du reste, cette possibilité de la résorption des foyers hémorrhagiques du mésocéphale avait été déjà signalée par M. Serre (1), et depuis a été constatée par MM. Pinel fils (2), Droullin (3), Tacheron (4), Abercrombie (5), Ollivier (6), Lemasson (7).

---

(1) Annuaire des hôpitaux, p. 355.
(2) Journal de phys. expérimentale, 1825, p. 345.
(3) Thèses, Paris, 1825, n° 222. page, 73.
(4) Recherches anat. pathol., t. III, p. 447.
(5) Recherches sur les maladies de l'encéphale, trad. par Gendrin, p. 398.
(6) Traité de la moelle et de ses maladies, p. 525.
(7) Journal hebdomadaire, deuxième série, t. V, p. 441

JOURNAL

DES

CONNAISSANCES MÉDICALES.

DÉCEMBRE 1836.

Mémoire sur le rôle que joue l'acarus de l'homme dans la production de la gale; par M. Albin Gras, Docteur ès-sciences interne à l'hôpital Saint-Louis.

Dans cette courte note, je me propose d'examiner quelques questions relatives au rôle que joue l'acarus de l'homme dans la production de la gale. Ce travail est en partie le fruit des observations que, pendant les six mois qui viennent de s'écouler, j'ai faites à l'hôpital Saint-Louis dans le service des femmes galeuses confié à M. le professeur Alibert, service auquel je suis attaché en qualité d'élève interne. Je désirerais pouvoir y éclaircir des questions sur lesquelles on n'est pas entièrement d'accord, puisque des médecins très-distingués, M. Rayer entre autres (dans la dernière édition de son Traité des Maladies de la Peau), ont douté que l'*acarus* fût la cause de la gale.

J'examinerai rapidement trois questions :

1° *L'acarus existe-t-il sur tous les galeux et n'existe-t-il que sur eux?* Interrogée à cet égard, voici ce que l'expérience a répondu. En appelant *gale* toute affection papuleuse, vésiculeuse ou pustuleuse qui réunissait les caractères indiqués par les auteurs et qui se guérissait en huit à quinze jours sous l'influence de frictions avec la pommade sulfuro-alcaline, j'ai observé 1° que l'acarus ne se rencontrait jamais ailleurs que sur des galeux; 2° qu'en examinant les mains seulement des personnes galeuses au moment où elles entraient à l'hôpital ou lorsqu'elles se présentaient à la consultation du traitement externe, et en mettant de côté celles qui avaient déjà commencé un traitement contre la gale, j'ai observé, dis-je, qu'alors neuf fois au moins sur dix, on rencontrait des acarus en plus ou moins grand nombre, mais que, parmi les personnes qui avaient commencé un traitement, un grand nombre ne présentait pas de ces insectes, du moins sur les mains.

Je viens de dire que je n'avais pu constater la présence de l'acarus que sur les 9/10e des personnes galeuses n'ayant commencé aucun traitement. Pourtant il est possible, il est probable même que l'insecte existait sur toutes, mais ailleurs qu'aux mains; il se pourrait encore qu'elles m'eussent trompé en me disant faussement qu'elles n'avaient commencé aucun traitement.

2e question. — *L'acarus est-il l'agent de la contagion de la gale?* Afin de résoudre cette question, indépendamment des essais d'inoculation que j'ai tentés sur moi, je citerai deux autres faits : 1° des acarus ayant été placés entre les doigts d'un élève en pharmacie de l'hôpital Saint-Louis, celui-ci a contracté la gale sans avoir eu de contact avec aucun galeux; 2° il existait, l'année dernière, dans le service des aliénés de la Salpêtrière, deux jeunes filles de 18 à 20 ans, tombées accidentellement dans un état de stupeur et d'engourdissement remarquable tel qu'elles gardaient la place et les attitudes dans lesquelles on les mettait. Le chef du service, M. le docteur Pariset, auquel j'avais l'honneur d'être attaché comme élève interne, jugea convenable de leur inoculer la gale. Je ne pus me procurer, dans ce but, que quelques acarus que je plaçai sous les aisselles de chacune d'elles : elles n'eurent, du reste, aucun contact avec des personnes galeuses : il n'en existait pas dans la division des aliénées. Une seule de ces jeunes filles contracta la gale, et, chose remarquable ! c'est la seule qui soit guérie de son affection mentale. Elle avait si bien contracté la gale, qu'ayant été retirée de la Salpêtrière avant la guérison de cette dernière maladie, et n'ayant, malgré les avertissements de M. Pariset, pris aucune précaution avec les personnes qui l'entouraient, elle communiqua la gale à son père et à sa mère, et qu'au commencement de cette année, ces trois personnes vinrent se faire guérir au traitement externe de la consultation de M. Alibert, à l'hôpital Saint-Louis.

D'un autre côté, on sait qu'en 1821, MM. Monronval, Lugol et ses élèves ont tenté bien souvent, et toujours inutilement, de s'inoculer la gale en introduisant sous l'épiderme la sérosité des vésicules psoriques. J'ai répété, cette année, plusieurs fois ces mêmes essais en présence de quelques-uns des internes de l'hôpital Saint-Louis, et je n'ai pas réussi non plus à contracter la gale. La sérosité des vésicules n'est donc pas l'agent de la contagion.

L'expérience m'a appris qu'après deux à trois frictions avec la pommade sulfuro-alcaline, tous les acarus que je retirais de dessous l'épiderme étaient morts, quoique l'éruption psorique persistât souvent et que de nouvelles vésicules se montrassent. Or, l'expérience a aussi appris dans les hôpitaux que la gale cessait d'être contagieuse après quelques jours de traitement, c'est-à-dire lorsque les acarus étaient détruits. A ces faits joignons les raisonnements suivants : L'acarus a une organisation assez compliquée, décrite par MM. Leroy et Vendenheke, de Versailles; il pond des œufs. On a observé son accouplement chez deux espèces voisines, l'acarus du mouton et celui du cheval : il est

donc trop parfait pour être le fruit de la génération spontanée, génération rejetée d'ailleurs par la plupart des bons naturalistes. Pourquoi donc, s'il n'avait pas été l'agent de la contagion, se trouverait-il sur presque tous et probablement sur tous les galeux au début de la maladie? Rien ne pourrait l'attirer de préférence sur ceux-ci plutôt que chez les personnes atteintes de dartres ou de prurigo. L'insecte se montre souvent dans des points où il n'existe pas de vésicules; d'ailleurs, il n'est jamais en contact avec la sérosité de celles-ci. Si l'acarus n'était pas la cause de la contagion de la gale, on devrait trouver *des gales sans acarus*. Or, on n'en trouve point, ou du moins cela est très-rare, ou bien l'on rencontrerait *des acarus sans gale*, et cela ne se voit jamais. Cet argument me paraît sans réplique. On peut donc conclure de tout ce qui précède que, dans tous les cas de gale, ou du moins dans la très-grande majorité des cas, l'acarus a été l'agent de la contagion.

3e QUESTION. — *Comment agit l'acarus pour produire la gale? Est-ce mécaniquement et en irritant directement la peau, ou bien agit-il d'une manière spécifique au moyen d'un* VIRUS *particulier, en donnant toutefois au mot virus un sens plus étendu qu'on ne lui donne ordinairement?*

La gale est caractérisée, comme on le sait, par une démangeaison spéciale pouvant se faire sentir en des points où la peau paraît saine, par des vésicules acuminées aux mains et aux pieds, vésicules qui n'existent en général que là, par une éruption papuleuse sur le corps, et enfin quelquefois par de grosses pustules (*phlysacia ecthyma* des auteurs). Elle diffère du prurigo par le siége des papules et par d'autres caractères indiqués surtout pour la première fois par M. Alibert.

Les symptômes de la gale sont quelquefois graves et très-étendus; la démangeaison atteint presque constamment un degré d'intensité remarquable, qui prive le malade du sommeil. Hé bien! en présence de ces effets, lorsqu'on vient à chercher le nombre d'acarus existant sur ces même individus, on est frappé de leur petit nombre. L'action irritante que leur présence pourrait occasionner n'est nullement en rapport avec la fatigante démangeaison que le galeux éprouve sur tout le corps, ainsi qu'avec le petit nombre des vésicules, des pustules, et l'étendue de l'éruption papuleuse dont il est souvent couvert. Sur les malades les plus maltraités, on ne rencontre parfois que cinq ou six acarus sur les mains; et très-fréquemment, il est impossible d'en trouver sur le reste du corps; si on en rencontre, ce n'est guère qu'aux seins, aux aisselles et au scrotum. En examinant les vésicules des mains, on voit que quelques-unes d'entre elles sont situées à l'origine ou sur le trajet des sillons que creuse l'insecte; mais c'est souvent le plus petit nombre, et une grande partie de celles-ci naissent sans qu'il y ait auprès la moindre trace de l'insecte. J'ai examiné quelquefois pendant un quart d'heure le pli du bras d'un galeux, sans y rencontrer d'acarus quoique l'éruption papuleuse fût très-prononcée sur ce point.

Si on objectait que les acarus étant très-petits ont bien pu échapper aux recherches et paraître ainsi n'être qu'en petit nombre, quoique très-nombreux en réalité, je répondrais que l'insecte de la gale n'est pas tout à fait microscopique : il a un demi-millimètre de long, et on le voit facilement à l'œil nu. De ce que je ne l'ai pas rencontré sur des parties du corps couvertes de l'éruption psorique, je ne conclus pas que, réellement, il n'y ait aucun acarus sur ces parties : il est très-probable au contraire qu'il en existe; mais ils sont certainement en très-petit nombre, sans quoi il eût été impossible que je n'en eusse pas rencontré quelques-uns.

D'autres fois, au contraire j'ai pu retirer une cinquantaine d'insectes des mains des galeux qui ne présentaient que quelques vésicules seulement, et chez lesquels la démangeaison n'était pas très-forte.

Un pharmacien de Paris, M. Aubé, voulant sans doute expliquer cette disproportion entre le petit nombre apparent des acarus et l'intensité des symptômes de la gale, a supposé, dans une thèse soutenue dernièrement à la Faculté de médecine, que l'acarus *était noctambule*, que le jour il se cachait dans les vêtements et les plis de la peau, et qu'il sortait la nuit pour exercer ses ravages; mais en examinant des galeux le soir et au moment où la démangeaison était la plus vive au pli du bras, je n'y ai point vu d'acarus. Les filles publiques galeuses, en entrant dans les salles de M. le professeur Alibert, changent complètement de vêtements, et ne commencent toutefois leurs frictions que le lendemain; je les ai souvent interrogées pour savoir si, après avoir ainsi changé de linge, les démangeaisons avaient été moins fortes pendant la nuit : elles m'ont toujours répondu que le prurit n'avait pas diminué; et cependant les prétendus acarus cachés dans leurs vêtements n'avaient pu les assaillir.

Si on examine maintenant l'organisation elle-même de l'insecte comparativement à celle d'une autre parasite, du pou, par exemple, on voit que, tandis que chez celui-ci la majorité des individus sont femelles et que chacun d'eux renferme presque toujours un grand nombre d'œufs dans son oviduc, on ne rencontre parmi les acarus que quelques individus qui, examinés au microscope, laissent apercevoir à travers leur ventre un seul œuf; il y a loin de là à l'énorme fécondité des *pédicules*; et il ne faudrait rien moins que cette énorme fécondité chez les acarus pour expliquer l'intensité quelquefois si rapide des symptômes de la gale.

Si l'éruption psorique était due uniquement à la présence et à la morsure de l'insecte, celui-ci détruit, l'éruption devrait bientôt disparaître d'elle-même. Il n'en est point ainsi : après quelques frictions, tous les acarus sont morts, et pourtant l'éruption se perpétue pendant un temps plus ou moins long; de nouvelles vésicules apparaissent et le mal n'est guéri qu'après 8 à 15 jours et plus.

Si on suspend trop tôt le traitement, il peut y avoir récidive, continuât-on même les bains simples; et quelquefois alors on ne trouve point d'acarus, quoique l'éruption ait pu redevenir très-abondante. On sait aussi que sous l'influence de certaines maladies, on voit la gale disparaître subitement et reparaître plus tard. On possède également des observations d'individus qui, après avoir subi les traitements les plus méthodiques, n'ont pu être entièrement guéris de la gale, et chez lesquels, de temps en temps, on voyait naître entre les doigts des vésicules *isolées et acuminées*. Comment expliquer ces faits si l'acarus, qu'il est si facile de tuer, n'agissait que mécaniquement? Ne sait-on pas que, *sublatâ causâ, tollitur effectus*.

D'après l'ensemble de ces observations, je pense, sans en avoir pourtant une certitude absolue, que l'acarus ne produit pas la gale seulement en irritant mécaniquement et en enflammant la peau, mais qu'il a une action physiologique et vitale, qu'il agit, en un

mot, au moyen d'un *virus* particulier, en regardant le mot *virus* comme synonyme de cette phrase : *Agent inconnu qui, avec une petite action apparente, produit de grands effets ;* et je rapprocherais le mode d'action de l'acarus de celui de certaine race d'insectes qui, en plaçant un petit œuf sur le chêne ou sur un autre végétal, y développent, suivant leurs espèces, diverses variétés d'excroissances souvent nombreuses. Il est inutile d'ajouter que je suis loin d'assimiler cette espèce de virus à celui, par exemple, qui produit la variole.

En résumé, 1° l'acarus existe sur la grande majorité des galeux, et très-probablement sur tous, tant qu'ils n'ont pas commencé le traitement.

2° Après la destruction des acarus, la démangeaison et l'éruption vésiculeuse pustuleuse et papuleuse peut persister quelquefois et se reproduire pendant un temps plus ou moins long, et ne céder enfin qu'à un traitement méthodique ; mais le mal n'est plus contagieux. 3° Les acarus sont les agents de la contagion de la gale. 4° Ces insectes occasionnent très-probablement cette maladie non-seulement par l'irritation locale qu'ils excitent, mais encore d'une manière spécifique et inconnue.

Dans la discussion du rapport fait sur ce mémoire, un membre de l'Académie a prétendu que les vésicules que j'avais remarquées aux mains après les premières frictions et lorsque les acarus étaient détruits, appartenaient à l'*eczéma* (Dartre squam. humid. de M. Alibert) ; cette supposition est tout à fait gratuite, les éruptions dartreuses ne surviennent en général que lorsque l'on fait usage de médicaments irritants tels que la pommade *sulfuro-savonneuse ;* les vésicules de l'eczéma des mains sont d'ailleurs assez faciles à reconnaître : elles sont aplaties et groupées ; elles ne sont pas petites, comme le dit le même médecin ; l'épaisseur de l'épiderme en ce point est cause que leur volume est plus considérable que dans les éruptions de même nature qui attaquent les autres parties du corps.

Sur l'emploi du coton et ses pansements rares dans le traitement des plaies et ulcères ; par M. Chatelain, de Nancy.

(Suite et fin.)

2me Série de faits. — *Pansements rares avec le coton cardé ou l'ouate à sec, ou imbibée d'un liquide mucilagineux, opiacé ou astringent.*

Observation 1re. — *Plaies contuses à la tête ; pansements avec le coton cardé, à sec ; levée tardive du 1er appareil. — Plaies en grande partie cicatrisées le 9e jour ; guérison complète le 15e.*

En octobre 1833, un habitant de Sainte-Malo, occupé à faire décharger du bois, était monté lui-même sur la voiture. — Une autre voiture passe et accroche une bûche, qui entraîne M..... dans sa chute sur le pavé, où il reçoit ensuite un ou plusieurs autres morceaux de bois sur la tête. — Me trouvant sur les lieux, j'offre mes soins au malade, pour lequel M. le docteur Egault, médecin en chef de l'hôpital, avait déjà été appelé. — — L'hémorrhagie, des plus abondantes, ayant cessé spontanément, nous reconnûmes les lesions suivantes : il existait à la partie supérieure et postérieure de la tête, vers la région pariétale droite, trois plaies contuses, quoique à bords assez nets, anguleuses, curvilignes, de trois à quatre pouces de long, intéressant le cuir chevelu jusqu'à l'os, se touchant par leurs extrémités, et formant ainsi deux lambeaux assez larges, à bases supérieures et répondant au sinciput. La réunion opérée au moyen de bandelettes agglutinatives, nous appliquâmes par-dessus, d'après mon avis, à défaut de charpie, *un large gâteau de coton cardé.* Une autre plaie, plus contuse encore, à bords écartés, étoilée à trois lambeaux formés par les téguments du côté du nez, ceux du front et des paupières supérieure et inférieure, existait à l'angle interne de l'œil gauche. Une petite portion de l'arcade du coronal, mise à nu, était légèrement entamée. La réunion immédiate ne pouvant être tentée ; *une boulette de coton,* recouverte d'une compresse douce, mais épaisse, fut placée sur la plaie ou plutôt dans la plaie, et le tout maintenu par un mouchoir en triangle. — Un peu de délire s'étant déclaré le soir, une saignée fut pratiquée. Peut-être eût-il été plus prudent d'y recourir quelques heures après l'accident, afin de prévenir ou modérer la réaction fébrile. — Le lendemain, le malade était dans un état satisfaisant, n'ayant que fort peu de fièvre ; et à la levée de l'appareil, que j'avais engagé à retarder jusqu'au 9e ou 10e jour, les plaies étaient en grande partie cicatrisées. Un seul lambeau ne paraissant pas très-solidement réuni, deux bandelettes furent laissées en place ; elles furent enlevées, à leur tour, quatre ou cinq jours après, les plaies du crâne et celle de la face étant complétement cicatrisées. L'inflammation et la suppuration avaient été pour ainsi dire nulles. Je dois ajouter ici que je n'ai pas assisté à la levée de l'appareil, et si ces renseignements, que je tiens de M. le docteur Egault, sont incomplets, il n'est pas moins constant que non-seulement *le coton* n'a point été nuisible, mais qu'il a paru hâter la guérison. — Je rappellerai à ce sujet sa mollesse, sa souplesse et sa propriété dessicative, avantages que ne nous aurait certainement pas offerts la charpie, même la plus fine. — J'ai revu chez moi M....., quelques jours après sa guérison ; ses cicatrices étaient solides, et il m'assura qu'ainsi que plusieurs personnes de sa famille, il avait été fort inquiet en nous voyant employer du coton, qui devait indubitablement *mettre le feu* à ses plaies.

Observation 2me. — *Amputation pour cause de sphacèle de la phalangette de l'auriculaire gauche ; pansements avec l'ouate tantôt enduite de cérat, tantôt sèche ; rareté des pansements vers la fin du traitement. — Exfoliation ; guérison le 25e jour.*

L...., fusilier au 41me, à la suite de plaie contuse en octobre 1833, à Saint-Brieux, laquelle avait été pansée avant son départ de cette ville, fut atteint, à son arrivée à Saint-Malo, de sphacèle de la phalangette de l'auriculaire gauche, qui nécessita son ablation, sans qu'il me fût possible de conserver de lambeau. — L'extrémité articulaire, mise à nu, devait nécessairement s'exfolier et retarder la cicatrisation du moignon. — Les téguments de celui-ci étaient violacés, à bords irréguliers et tuméfiés. — La plaie fut pansée avec de l'ouate sèche, quelquefois légèrement enduite de cérat. — Le travail de l'exfoliation s'est fait sans accident ; la plaie, devenue simple, a pris un bon aspect ; la cicatrisation a marché rapidement et a été entière le 25e jour. — Après la chute de l'extrémité de la deuxième phalange, et lors-

que la suppuration s'était montrée louable, je n'avais plus pansé le malade que tous les deux et même trois jours. — L'adhérence de l'ouate était forte lorsque je pansais à sec ; je la détachais alors au moyen de lotions d'eau tiède ; — Je craignais de la laisser trop longtemps en contact avec la plaie et d'y retenir ainsi le pus. — J'ai reconnu depuis que mes craintes à ce sujet n'étaient nullement fondées et qu'on pouvait se dispenser d'enlever entièrement le coton, ce qui tiraillait les parties et les exposait au contact de l'air ; qu'il suffisait de remplacer celui qui, étant souillé et humecté, se détachait sans peine et sans efforts. — Cette nouvelle couche, ajoutée à la première, pompe alors le liquide, et la cicatrisation marche ainsi plus rapidement.

Observation 3me. — *Plaies contuses et écrasement de l'index droit; ouate sèche, quelquefois enduite de cérat. — Pansements journaliers. — Guérison en un mois.*

A...., fusilier à la 3me compagnie (41me), atteint, le 31 décembre 1833, de plaies contuses, profondes à l'indicateur droit, l'une au milieu de la face dorsale de la 2me phalange ; l'autre au niveau de l'articulation phalangino-phalangettienne, l'ongle étant déchiré et l'extrémité du doigt mobile et sur le point de se détacher. — Les pansements ont été renouvelés chaque jour, dans ce cas assez grave, où quelques lotions d'eau tiède suffisaient pour enlever l'ouate lorsqu'elle était adhérente ; la guérison eut lieu le 1er février 1834.

Aujourd'hui, si pareil cas se présentait, je panserais toujours *à sec*, et ne renouvellerais les pansements que tous les quatre ou cinq jours, à moins d'indications spéciales. — De cette manière la guérison se ferait moins longtemps attendre (1).

Observation 4me. — *Excoriations profondes au genou droit. — Cicatrisation complète dix jours après l'emplai de l'ouate sèche, aidée de la compression et des pansements rares.*

Le 16 juillet 1835, je visite le canonnier B..., de la 10me batterie (2e régiment), atteint de deux plaies du diamètre d'une pièce de deux francs, oblongues, situées sur la rotule droite, résultant d'une chute qui, outre ces excoriations profondes, accompagnées d'une violente contusion, causa une entorse au pied droit. — Après l'emploi des réfrigérants, résolutifs, et ensuite des émollients sur l'une et l'autre région du membre, et application de linge fin enduit de cérat sur les plaies profondes, à bords droits enflammés et nullement disposés à la cicatrisation, je fais entrer le malade à l'infirmerie, le 31 juillet, afin de pouvoir mieux l'observer, et le panse avec trois ou quatre feuilles d'ouate, superposées et soutenues par un bandage roulé modérément serré. — Le 2 août, la bande et la compresse ayant glissé, je remarquai que l'ouate, légèrement tachée de pus desséché, adhérait fortement aux plaies, dont les dimensions paraissent sensiblement diminuées. Je m'abstints de les découvrir et refis le bandage comme l'avant-veille. — Le 4, j'enlève l'ouate avec précaution, sans l'humecter, sans occasionner beaucoup de douleur, et je trouve les parties à fond rosé, de niveau avec les bords et réduites de moitié, leur surface presque totalement desséchée. — Je panse de nouveau, comme précédemment, et annonce au blessé sa guérison prochaine. — Le 9, la cicatrisation est complète. — L'ouate a été enlevée sans difficulté et sans douleur; deux jours plus tard, elle se serait certainement détachée d'elle-même.

Observation 5me — *Plaie contuse à lambeau, à l'avant-bras ; — réunion tentée, le 27 septembre, avec les bandelettes agglutinatives ; mauvais aspect de la blessure, le 4 octobre ; pansements rares avec l'ouate jusqu'au 14 ; cicatrisation presque complète le 29 ; — décollement et autres accidents causés par des mouvements prématurés ; ouate et linges fénestrés enduits de cérat ; guérison le 21 novembre.*

Br....., canonnier à la 4me batterie (3me régiment), fut atteint, le 27 septembre, à Strasbourg, d'un coup de boutoir à la partie inférieure et externe de l'avant-bras gauche. La blessure, faite par un maréchal-ferrant maladroit, était fortement contuse, en forme de fer à cheval, avait quatre pouces environ d'étendue, et formait un lambeau de deux de long, assez épais et intéressant à sa base, dirigée vers le bras, une couche superficielle du muscle long supinateur. — La réunion avait été tentée, à Strasbourg, par M. le chirurgien-major, et, à la levée de l'appareil, le 4 octobre, à Schelestadt, elle n'avait lieu que dans l'étendue de deux ou trois lignes de chaque côté, vers la base du lambeau : le reste de la plaie offrait des bords écartés, rouges, tuméfiés, un fond grisâtre, couvert d'un pus de même couleur, épais et abondant ; — l'extrémité du lambeau était sphacelée, et son excision mit à découvert une surface d'un pouce de long sur trois ou quatre lignes de large. — (Pansement avec plusieurs couches d'ouate dédoublée, compresse et bande médiocrement serrées.) Le 8, j'enlève ou excise les portions d'ouate salies par le pus, et, le 10, après avoir détaché, sans beaucoup de peine et au moyen de lotions tièdes, tout le coton presque sec qui adhérait assez fortement à la plaie, je trouve celle-ci en grande partie cicatrisée. — Le 13, l'ouate adhérant, mais faiblement, quelques lotions suffisent pour la détacher ; — deux points non cicatrisés et un peu saignans existent encore : le premier, large de trois à quatre lignes sur l'un des côtés du lambeau ; l'autre, à peu près de même dimension, à l'extrémité qui présentait une perte de substance. — Ces deux points ayant végété au-delà du niveau de la peau, je les touche légèrement avec le nitrate d'argent et panse avec ouate enduite de cérat. Les quatre jours suivants, je renouvelle la même opération, les bourgeons étant toujours saillants et un peu blafards. L'ouate n'y adhère nullement, mais le pus, dont le cathérétique active la sécrétion, est moins facilement absorbé que lorsque je pansais à sec. — Le 18, le fond étant de niveau avec les bords, je panse à sec et me borne, le 19, à renouveler une portion d'ouate imprégnée de pus. — Le 24, le point situé au côté du lambeau est entièrement cicatrisé ; l'ouate tout à fait sèche, n'y est nullement adhérente. — Je m'abstiens de découvrir l'autre plaie jusqu'au 26, où sa cicatrisation a fait des progrès. — Elle est, en effet, recouverte d'une pellicule rouge, encore

(1) Cette observation devait peut-être figurer dans la 1re série; mais comme, tout en pansant fréquemment, l'ouate a le plus souvent été employée sèche, tandis que, dans les cas qui précèdent, je ne m'en servais jamais qu'enduite d'un corps gras, j'ai dû classer la blessure d'Auffray dans la 2e série.

peu solide, dont le centre seul fournit du pus. — Ce point offrant encore une saillie, je le cautérise légèrement et espère le voir enfin entièrement fermé le 29. — Ce jour-là, le blessé, qui avait fait le pansement et était monté à cheval, depuis le 26, malgré mes avis, se présente à moi. Sa plaie ayant beaucoup suppuré et s'étant rouverte dans l'étendue de deux pouces qui offrent une surface rouge-brunâtre fongueuse, — j'y passe légèrement la pierre, panse à sec et fais entrer Drangey à l'infirmerie. —

Les pansements, renouvelés chaque jour d'abord, l'avant-bras étant douloureux et un peu tuméfié, sont faits tantôt avec l'ouate, tantôt avec un linge fenestré enduit de cérat. Dès le 2 novembre, la plaie a une couleur vermeille et suppure moins; ses bords semblent disposés à la cicatrisation, qui marche très-rapidement pendant les premiers jours, et qui n'est cependant complète que le 21. — Des bourgeons charnus, qui avaient fréquemment nécessité l'emploi du nitrate d'argent, et un point fistuleux qui céda enfin à une compression méthodique, ont ici singulièrement retardé la guérison, d'abord contrariée par l'usage prématuré du membre.

Bien que moins heureux, en apparence, ce cas doit cependant être considéré comme favorable à la substance que je préconise. — En supposant qu'on voulût le compter pour un insuccès, serait-ce être de bonne foi que de n'en point faire mention?

A ces deux séries de faits je pourrais en ajouter d'autres où le même mode de pansement, modifié suivant les cas, a été mis en usage. Je me bornerai à indiquer succinctement ceux que j'ai observés pendant une période de quatre mois, dans les batteries détachées des 3me et 4me régiments, du service desquelles je suis chargé.

BLESSÉS.	DATES de L'EMPLOI du coton.	DATES de la GUÉRISON.
Tumeur sanguine ancienne au coude (ouverte avec le bistouri. Ouate et compression).	19 juil.	25 juil.
Plaies ou excoriations larges et profondes aux jambes (observation 5e). .	30 juil.	9 août.
Furoncle ulcéré (observation 6e)	30 juil.	3 août.
Excoriations profondes au genou (observation 4e).	31 juil.	9 août.
Excoriations au genou. .	10 août.	17 août.
Plaie au bras (coup de sabre).	18 août.	26 août.
Excoriation au jarret. .	15 sept.	19 sept.
Plaie contuse au cou-de-pied.	5 oct.	8 oct.
Large plaie contuse à l'avant-bras (obs. 8e). . .	4 oct.	21 nov.
(Traitement contrarié par l'indocilité du blessé).		
VÉNÉRIENS.		
Ulcères au pénis. . . .	8 juil.	15 juil.
Id. id.	10 juil.	11 août.
(De la charpie enduite de cérat avait d'abord été employée sans succès dans ce cas).		
Large ulcère sur le dos de la verge.	19 juil.	27 juil.
(L'ouate est toujours restée adhérente, et aucun bandage n'a été nécessaire).		
Poireaux nombreux et ulcères au pénis.	19 août.	14 sept.
Ulcères au pénis. . . .	6 août.	10 août.
Id. id.	10 août.	17 août.
Ulcère et balanite. . . .	24 août.	1er sept.
Poireaux nombreux, condylômes, ulcères. . . .	17 juil.	7 sept.
Ulcères au pénis. . . .	17 juil.	27 juil.
Végétations nombreuses sur le prépuce et le gland.	19 août.	16 sept.
Large ulcère au pénis (observation 7e). . . .	21 août.	14 sept.
(Pansements rares à dater du 3 septembre).		
Végétations sur le prépuce.	19 août.	12 sept.

L'application du coton a aussi modifié d'une manière avantageuse des ulcères chez d'autres malades que des complications (adénites, phimosis, etc.,) m'ont forcé d'envoyer à l'hôpital (1).

J'avais terminé cette lettre et je regrettais de n'avoir point encore eu l'occasion de constater les bons effets de l'emploi du coton dans les plaies d'armes à feu, lorsque, le 11 octobre dernier, je fus appelé pour donner des soins à un jeune homme de Schelestadt horriblement mutilé par l'explosion d'un pistolet.

Il était atteint d'une plaie au-dessous de l'ombilic, pénétrante et donnant issue à une portion considérable d'épiploon et de trois autres plaies à la main gauche. (Pouce emporté, avec dénudation de son métacarpien, dans l'étendue de plus d'un pouce; index, médius et annulaire dilacérés ou fortement contus). Ces blessures, très-graves, ont mis longtemps les jours du malade en danger, et j'ai été assez heureux pour en obtenir la guérison, au moyen de l'irrigation continue (pour les plaies de la main, et sans autre topique que l'ouate d'abord seule, et plus tard enduite de cérat, dans des pansements très-*rarement renouvelés*).

Dès que j'aurai rédigé cette observation intéressante sous plns d'un rapport, je m'empresserai de vous l'adresser, désirant aussi qu'elle parvienne au conseil de santé.

Schelestadt, 10 *décembre* 1835.

Traitement de la rage par la morsure de la vipère; par M. le docteur PALLAZZINI.

Convaincu de l'insuffisance et de l'inutilité de tous les moyens thérapeutiques employés jusqu'à ce jour contre la rage, M. Palazzini s'est efforcé d'en trouver un nouveau qui pût offrir quelques chances de succès: élève de Rasori, enthousiasmé de la doctrine du *contra-stimolo*, dès l'année 1819, il commença à croire que le venin de la vipère pouvait être employé comme moyen

(1) Mon confrère du 42e, le docteur Brugière, témoin des heureux résultats que j'obtiens chaque jour de l'ouate, s'en sert lui-même avec non moins de succès à l'infirmerie de son bataillon.

préservatif et curatif de la rage. L'auteur a rapporté quelques expériences à l'appui de son opinion : par exemple, un chien enragé, qui était pris d'effroyables convulsions pour peu qu'on lui montrât de l'eau, et qui avait été convenablement enchaîné, fut mordu au cou par une vipère. A partir de la plaie, le cou se tuméfia; le venin de la vipère produisit des convulsions particulières, et la rage fut guérie.

Déjà Benjamin Gauchi avait fait, antérieurement à ces essais, la remarque que les chiens qui ont été mordus par des serpens venimeux demeurent ensuite à l'abri de la rage, alors même qu'ils sont mordus par des animaux enragés.

Voici le développement des idées de M. Palazzini pour prouver que le venin de la vipère est un *contre-poison* de la rage. Les deux poisons sont une production animale et résultent d'un travail organique dont la nature ou l'essence est enveloppée pour nous dans un profond mystère. Tous deux transportés dans le corps de l'homme y font naître des symptômes qui menacent son existence ; mais les phénomènes morbides produits par l'un sont directement opposés à ceux que l'autre développe. Le venin de la vipère agit plus particulièrement sur le sang et sur le système vasculaire, le venin hydrophobique sur le système nerveux. Le premier cause la torpeur, les lipothymies, le relâchement, le sommeil, la léthargie et enfin la mort; le second détermine de l'irritation, un développement anormal des forces extérieures, la contraction, les crampes, l'insomnie, un délire furieux et une mort effrayante au milieu des convulsions. Ainsi les symptômes de l'un forment un contraste frappant avec ceux de l'autre, et tandis que la morsure de la vipère est guérie d'une manière sûre par des moyens échauffants et excitants, comme le carbonate d'ammoniaque, la rage, qui, à la vérité, est incurable, devient moins rapide et plus douce quand elle est traitée avec des moyens antiphlogistiques et par la méthode débilitante : le venin de la vipère est donc le plus puissant des *contre-stimulants*; celui de l'hydrophobie, au contraire, est un stimulant d'une extrême énergie; tous les deux étant diamétralement opposés dans leurs effets, le premier est le vrai *contre-poison* du second.

Malgré les explications bizarres et hypothétiques de cette théorie, les recherches de l'auteur italien ne méritent pas moins de fixer l'attention des praticiens sur une maladie aussi redoutable que la rage.

S. Furnari.

JOURNAL DES CONNAISSANCES

MEDICO-CHIRURGICALES.

NOVEMBRE ET DÉCEMBRE 1836. — JANVIER 1837.

Des grossesses extra-utérines, par J.-E. Dezeimeris, docteur médecin, bibliothécaire de la Faculté de Médecine de Paris, etc. (1).

Grossesse extra-utérine. — On donne ce nom au développement ou au séjour du produit de la conception ailleurs que dans la cavité utérine.

Soit qu'on la considère sous le point de vue physiologique, comme un phénomène naturel propre à dévoiler une partie du secret de la génération, ou comme un phénomène anormal que la règle doit expliquer; soit qu'on l'envisage sous le rapport pratique, comme un de ces cas difficiles qui peuvent mettre en défaut toutes les ressources de l'art, ou comme un de ces faits qui peuvent lui fournir l'occasion de faire briller toute sa puissance; à l'un comme à l'autre titre, la grossesse extra-utérine mérite d'être étudiée avec le plus grand soin. Dans les traités, les dissertations ou les mémoires dont elle a été l'objet jusqu'ici, on n'a tenu compte que d'un nombre d'observations insuffisant pour en faire connaître toutes les particularités, toutes les circonstances. Il en est résulté plus d'une assertion erronée, qu'on est fâché de trouver dans les ouvrages les plus récents, plus d'une vérité méconnue, et plus d'un principe qui, pour être l'expression réelle de ce qui se passe dans la nature, n'en conserve pas moins un caractère hasardé et une apparence douteuse, parce qu'on ne lui a pas donné pour appui tous les faits sur lesquels il doit s'étayer.

La raison en est simple. La grossesse extra-utérine n'étant pas un phénomène extrêmement fréquent, et les occasions d'étudier d'une manière convenable les cas qui s'en présentent l'étant encore moins, ce n'est pas trop de la presque totalité des faits publiés jusqu'à ce jour pour pouvoir dogmatiser sur ce sujet avec quelque solidité. Or, de tous ces faits, les plus récents, les plus complets, et par conséquent les plus précieux, sont, pour la plupart, dispersés dans des opuscules rares, des collections académiques et des journaux anglais, américains, allemands, italiens, etc., qui ne sont pas à la portée de tout le monde.

Je les ai donc rassemblés de toutes parts au nombre de plusieurs centaines. J'ai l'intention de publier ceux qui sont le moins connus en France et qu'il est le plus difficile de se procurer; mais je me bornerai ici, autant que possible, à en donner les résultats, car un article de dictionnaire ne comporte pas d'autres développements.

---

(1) Cet article était destiné au *Dictionnaire de médecine, ou Répertoire général des sciences médicales;* les sept huitièmes en étaient déjà imprimés dans les premiers jours de septembre, quand je fus obligé de quitter Paris pour un voyage d'un mois. Le 3 octobre, sous prétexte du retard que mon absence pourrait causer à la publication du Dictionnaire, et pour divers motifs que je n'ai pas besoin de faire connaître, sans m'en donner le moindre avis, le comité supprima mon article, et fit imprimer, pour le remplacer, le chapitre, du *Traité d'accouchements* de M. Velpeau, relatif aux grossesses extra-utérines. J'ai vu ce chapitre entre les mains des imprimeurs: l'auteur y a fait, *depuis la lecture de mon mémoire* au comité de rédaction du dictionnaire dont il est membre, de nombreuses modifications et additions; elles sont de nature à exiger que je donne de la publicité à mon travail avant l'apparition du dictionnaire, si je ne veux courir le risque d'être accusé de plagiat en publiant des choses qui m'appartiennent.

C'est pour obéir à cette nécessité que je laisse cet article absolument tel qu'il avait été fait pour le dictionnaire; que je m'abstiens de donner à certaines parties des développements qu'elles auraient exigés peut-être, mais que n'admet point ce genre d'ouvrage; et que je réserve pour une autre époque une foule d'observations de grossesses extra-utérines, nullement connues en France, et que j'ai maintenant sous la main. Je profiterai de l'occasion que m'offre la publication de ce mémoire dans le journal le plus répandu qui existe, pour déclarer que je ne prendrai plus désormais aucune part au *Dictionnaire de médecine, ou Répertoire général des Sciences médicales*, et pour prier de ne point m'attribuer, comme on l'a fait plus d'une fois, les articles bibliographiques non signés de ce dictionnaire.

Paris, le 13 octobre 1836. Dezeimeris.

—

Il était de notre devoir de communiquer à M. Velpeau, dont nous honorons le caractère et le talent, la note qu'on vient de lire. M. Velpeau a cru devoir y répondre par la note suivante, que nous insérons comme nous avons inséré celle de M. Dezeimeris. Nous regrettons vivement cette espèce de polémique entre deux confrères si bien faits pour s'estimer l'un l'autre.

(*Note du directeur de service.*)

La note de M. Dezeimeris a de quoi me surprendre. L'article *Grossesse extra-utérine* de mon *Traité d'accouchements* est publié depuis vingt mois. Les modifications et additions que j'y ai faites ne portent en aucune manière sur le fond. Les recherches qui lui servent de base ont été communiquées par moi en 1835, à l'Académie de médecine. Si l'article de M. Dezeimeris ressemble au mien, je m'en félicite; mais je ne comprends guère comment un article paru il y a plus d'un an pourrait être la copie de celui qui n'a pas encore vu le jour. Il faut donc qu'en allant, *à mon insu*, consulter mon travail chez l'imprimeur, M. Dezeimeris se soit mépris sur ce qu'il contient.

10 Octobre 1836. Velpeau.

J'envisagerai successivement les faits : 1° sous le rapport du siége de la grossesse extra-utérine ; 2° sous le rapport de l'anatomie pathologique des parties qui y sont nécessairement ou accidentellement compromises ; 3° sous le rapport de la marche de la grossesse extra-utérine, c'est-à-dire de la série des phénomènes qui peuvent s'y passer, soit relativement à la mère, soit relativement au produit de la conception ; 4° sous le rapport des causes tant internes, ou organiques, qu'externes, ou occasionnelles ; 5° sous celui du traitement ; 6° enfin je terminerai par quelques considérations médico-légales.

§ I. *De la grossesse extra-utérine, considérée sous le rapport du siége de la gestation.* — Quoique je désire suivre, dans l'exposé des notions qui doivent entrer dans cet article, la marche analytique que la raison prescrit à un auteur dont l'intention est *d'étudier* avec le lecteur plutôt que de *dogmatiser* devant lui : je crois pouvoir placer ici, par anticipation, un tableau qui résume la classification des faits qui vont être examinés, relativement au siége de la grossesse extra-utérine. J'y trouve donc, en les considérant sous ce point de vue, dix espèces bien distinctes de grossesses, savoir : les grossesses.

1° Ovarique,
2° Sous-péritoneo-pelvienne,
3° Tubo-ovarique,
4° Tubaire,
5° Tubo-abdominale,
6° Tubo-utérine interstitielle,
7° Utéro-interstitielle,
8° Utéro-tubaire.
9° Utéro-tubo-abdominale,
10° Abdominale,

Espèces dont la dixième se partage en deux variétés, fort distinctes sous divers rapports : grossesse abdominale primitive, grossesse abdominale secondaire. Cet ordre est celui que nous allons suivre.

Grossesse ovarique. — Mais nous allons être arrêté dès le premier pas par des difficultés à lever, des objections à résoudre. Y a-t-il ou n'y a-t-il pas des grossesses ovariques? Les faits vont répondre. Mais avant de les présenter, et pour se mettre en état de les voir tels qu'ils sont et non tels que pourrait les transformer une opinion préconçue que ces faits contrarient, il convient d'examiner en peu de mots cette opinion, selon laquelle la grossesse ovarique serait impossible, il faut voir si, comme le disent ses partisans, la raison se refuse à admettre la possibilité d'une fécondation dans l'ovaire.

Il serait superflu de s'arrêter à réfuter les hypothèses physiologiques qui prétendaient trouver ailleurs que dans l'ovaire ce qui doit constituer le produit de la conception et former la grossesse. Pour ne pas perdre son temps en des discussions inutiles, il suffit d'examiner si les opinions reçues aujourd'hui sur le mécanisme et le siége de la fécondation sont contradictoires avec l'admission d'une grossesse dans l'ovaire, et, dans ce cas, si ces opinions sont elles-mêmes suffisamment démontrées.

Les expériences de MM. Prevost et Dumas ont prouvé que les animalcules spermatiques jouent le rôle le plus important dans l'acte de la fécondation ; mais ont-elles établi d'une manière aussi certaine qu'un animalcule doive s'introduire dans l'ovule pour y former les rudiments du système nerveux ou y porter le principe de l'animation ? Et dans le cas même où cette circonstance serait admise comme certaine, l'est-il également que les animalcules ne pénètrent jamais dans les organes générateurs de la femme au-delà du fond de l'utérus, et qu'ils attendent là que l'ovule vienne se faire féconder? Bien loin de là, des raisons péremptoires montrent que cette dernière opinion des deux habiles physiologistes est inadmissible. Je n'en citerai qu'une, qui est prise du sujet même de cet article, c'est que les grossesses tubaires sont incontestées et incontestables, et qu'il n'est pas possible de supposer que l'œuf qui se développe dans la trompe soit allé se faire féconder dans la matrice, pour rentrer ensuite dans cet étroit canal. Il faut donc admettre forcément que la fécondation de l'ovule, soit qu'elle s'opère par l'action directe des animalcules ou bien de toute autre manière, peut avoir lieu dans la trompe, et dans tous les points de ce canal, depuis les points les plus rapprochés de l'utérus jusqu'à son extrémité la plus éloignée. Or, pourquoi prétendrait-on qu'elle cesserait d'être possible au-delà de cette extrémité, ou, pour bien dire, à cette extrémité même, c'est-à-dire à l'ovaire ? La raison se refuse, a-t-on dit, à admettre la fécondation en ce lieu. Mais, dans les questions de fait de la nature de celle-ci, la raison est parfaitement indifférente et n'a point de réponse à donner ; c'est l'observation seule qui doit être consultée. On ne conçoit pas, continue-t-on, que l'ovule puisse être fécondé tant qu'il est séparé par l'enveloppe de l'ovaire du principe quel qu'il soit qui doit l'animer. Mais puisqu'il s'agit d'une notion *à priori*, aurait-on mieux conçu, avant de l'avoir appris par l'observation, que l'air pût modifier si profondément le sang dans le poumon, quoiqu'il en soit toujours séparé par une barrière qui empêche leur contact mutuel. Et d'ailleurs, quelque difficulté qu'on éprouve à le concevoir, il faut bien admettre que l'ovule, encore enfermé dans sa vésicule et sous l'enveloppe de l'ovaire, ressent l'influence vivifiante qui va bientôt le faire homme, puisqu'il rompt sa prison et va chercher un domicile plus commode. Or, si c'est la raison qu'on veut invoquer, puisqu'elle est forcée d'admettre que l'ovule qui va se détacher de l'ovaire n'est plus ce qu'il était avant le coït, il ne lui en coûtera pas plus d'admettre qu'il a reçu une fécondation complète qu'une demi-fécondation.

Il est donc juste, en abordant la question des grossesses ovariques, de s'y présenter avec un esprit libre de toute prévention, et dans une indifférence complète sur la signification des faits qui vont être cités. Si ceux qui ont traité ce sujet l'eussent entrepris dans les dispositions d'esprit qui viennent d'être requises, au lieu de nier la grossesse ovarique, en taxant d'inexactitude le petit nombre d'observations qu'ils en connaissaient, ils auraient pu s'assurer, par l'examen des cas nombreux qu'on en possède, que ce genre de grossesse extra-utérine n'est même pas extrêmement rare.

Je ne citerai ici que la moindre partie de ceux qui me sont connus.

Le musée anatomo-pathologique de Wurtzbourg possède trois pièces appartenant à des grossesses ovariques. La première présente un ovaire qu'on a ouvert pour laisser voir le fœtus qui y est contenu, lequel, d'après son volume et le degré de son développement, paraît être parvenu à la première moitié du second mois de la grossesse. L'ovaire est volumineux et ses

parois sont épaisses, surtout à l'endroit où adhère le placenta.

La deuxième pièce présente un ovaire avec le fœtus qui y est contenu. Celui-ci paraît, à son volume et à son développement, être de la seconde moitié du deuxième mois de la grossesse. L'ovaire est plus volumineux que le précédent, et ses parois sont plus épaisses.

Troisième pièce du musée de Wurtzbourg. Ici l'ovaire (gauche) a trois pouces de long et deux de large ; il est fibreux extérieurement, très-vasculaire à l'intérieur ; ses enveloppes sont épaisses, notamment à l'endroit où adhère le placenta : cet endroit a une apparence spongieuse ; le fœtus qui y est contenu est du sexe féminin, et paraît, à son développement, avoir environ trois mois ; il a trois pouces et cinq lignes de long. L'utérus est développé, et sa face interne est tapissée par une membrane caduque. Hesselbach. (*Beschreibung der patholog. Præparate welchei in der köni,l. anat. Anstalt zu Würburg aufbewahrt werden* Giessen, 1824, in-8°.)

Il n'est pas inutile de faire remarquer qu'Hesselbach, à qui nous devons la description de ces pièces, est un des plus habiles anatomistes de l'Allemagne.

En 1826, Barkhausen de Brême inséra dans un journal danois (*C. Otto, nye hygœa.* et dans *Rust und Casper, kritisches Repertorium*, etc., t. XVIII), une observation de grossesse extra-utérine, dont nous aurons occasion de citer ailleurs quelques circonstances. Un fœtus bien développé, mais mort depuis longtemps, fut trouvé dans un kyste, qu'un examen scrupuleux montra être l'ovaire du côté droit. Ce kyste avait des parois partout fort épaisses, et qui présentaient distinctement, du côté par où l'ovaire reçoit son ligament, des fibres musculaires. La trompe droite et les ligaments du même côté adhéraient au kyste. L'utérus n'avait que son volume ordinaire dans son état de vacuité. Il n'y avait point de caduque dans son intérieur.

Notez cette circonstance de la présence de fibres musculaires dans les parois du kyste, à l'endroit où le ligament ovarique se déploie pour envelopper l'ovaire. Cette circonstance, tout en montrant que la grossesse avait fait subir à la membrane propre de l'ovaire les mêmes modifications qu'éprouve l'utérus, dont le tissu est le même, dans les grossesses régulières, ne laisse point de place au doute, et prouve que c'était bien dans l'intérieur même de l'ovaire que s'était développé le fœtus.

Le muséum anatomique de J. G. Walter, à Berlin, possède une pièce décrite au catalogue sous le n° 787, où l'on voit un ovaire du côté droit, dans lequel s'était développé un fœtus. L'utérus a l'aspect et le volume d'une matrice à deux mois de grossesse. (*Museum anatomicum*, J.-G. Walter, Berlin, 1805, in-4°.)

Le musée anatomique de Strasbourg possède un cas de grossesse *dans* l'ovaire ; l'embryon est desséché. (Lobstein *Compte rendu à la fac. de méd. de Strasbourg*, etc. 1820, n° 1023 du catalogue).

Une observation qui ne laisse rien à désirer pour l'étendue et l'exactitude des détails, c'est celle que recueillit Phil.-Ad. Boehmer, il y aura bientôt un siècle, et qu'il publia en 1752. Il décrit avec un soin scrupuleux et la membrane propre de l'ovaire, et son enveloppe péritonéale, et il n'y a pas moyen de nier que ce ne soit la substance propre de l'ovaire qui ait fait place au fœtus de trois à quatre mois qui y était contenu. (Phil. Ad. Boehmer, *Observ. anatomicar. varior. fasticulus*, etc. Halle, 1752, in-f°, fig.). La même observation nous fournira d'utiles renseignements quand nous ferons l'anatomie pathologique de la grossesse ovarique.

Le docteur W. B. Smith de Jamestown, dans la Virginie, publia en 1810, dans un journal de New-Yorck (*Med. Repository.* Hexade III, vol. I, p. 406), un cas, unique jusqu'à ce jour, d'une double grossesse ovarique. Outre les résultats positifs de la dissection attentive faite par l'auteur, on trouve une preuve décisive du siége de ces deux grossesses dans les ovaires, dans une circonstance qu'il prend soin de noter : c'est que, à côté du kyste fœtal et sous la même enveloppe, subsistaient encore deux ou trois vésicules de Graaf. Cette observation est remarquable par d'autres circonstances qui trouveront leur place ailleurs.

Le *Magazin* de Rust de 1828 contient une observation qui se rapproche de celle-ci, non pas par la grossesse des deux ovaires, mais par la grossesse de l'un et une affection de l'autre, qui, si elle datait de l'époque de la conception, pourrait expliquer la cause qui avait retenu l'ovule fécondé dans la capsule qu'il doit naturellement abandonner pour se porter dans la matrice. Il s'agit d'une grossesse d'environ trois mois, qui avait déterminé, dès la fin du premier, des accidents divers qui allèrent en augmentant, et finirent par la mort de la patiente. L'ovaire droit contenait un fœtus dans ses enveloppes, le gauche était purulent. (Gerard Jun. *Rust's Magazin für die gesammte Heilkunde*, t. XXVI, n° 3, p. 532-47.) On sait que quand un ovaire est enflammé, il n'est pas rare que l'autre éprouve une affection de même nature : si le fait avait eu lieu dans ce cas, il est probable que c'est l'inflammation de l'ovaire droit qui a empêché l'ovule de s'en détacher, et qui l'a fait adhérer au lieu même où il avait pris naissance.

Je citerai ici une observation qui se trouve parmi celles que M. Velpeau rapporte pour prouver que la grossesse ovarique n'existe pas. C'est la quatrième de celles qui lui appartiennent, (*Traité complet de l'art des accouchements*, 2e édition, 1835, t. I, p. 214.) Le produit de la conception était placé sur l'ovaire, *en dehors du péritoine ;* or cette dernière circonstance est caractéristique ; elle ne laisse à opter qu'entre la grossesse ovarique, dont on repousse l'admission, et un autre genre de grossesse extra-péritonéale, méconnu jusqu'ici, et sur lequel je vais tout à l'heure appeler l'attention.

Duverney rapporte avoir trouvé à l'ouverture du corps d'une femme morte dans des douleurs semblables à celles de l'enfantement, un épanchement sanguin dans la cavité abdominale, et un embryon de la grosseur du pouce qui était sorti de l'ovaire droit, siége de la grossesse, par une déchirure qu'il décrit. Toute la cavité de l'ovaire était remplie de sang. (Duverney, *OEuvres anatomiques*, t. II.)

Waroquier, professeur d'anatomie à Lille, envoya, en 1756, à Morand, l'histoire d'une demoiselle de trente-trois ans, morte à la suite des symptômes d'une grossesse extra-utérine, qui causa, pendant toute sa durée, une douleur forte et lancinante dans la région iliaque gauche, avec tumeur circonscrite en cette région, et difficulté des évacuations alvines. L'autopsie fit découvrir l'ovaire de ce côté ayant le volume d'un œuf d'oie, dans l'intérieur duquel on trouva un fœtus de deux pouces et quelques lignes de long. Le placenta était implanté dans la substance même de l'ovaire. (*Acad. des Sciences*, 1756, hist., p. 48.) La relation publiée par

Morand, dans l'histoire de l'Académie des Sciences, dit bien que le fœtus était dans l'ovaire; mais j'ai sous les yeux un mémoire inédit de Warocquier sur l'opération césarienne, dans lequel le même fait se trouve consigné, et où cette circonstance est affirmée d'une manière encore plus explicite. Une particularité qu'il faut noter dans cette observation, c'est que la membrane hymen existait intacte, qu'elle avait même une résistance remarquable, et que cette demoiselle affirmait que l'introduction du membre viril n'avait jamais eu lieu.

Je citerai un autre cas de grossesse ovarique; il a du poids, car l'auteur, anatomiste distingué, a dû mettre d'autant plus de soin à l'examiner qu'il le croyait fort rare, et n'en connaissait que trois autres exemples. Il est du professeur Uccelli, de Pise, et se trouve dans le journal de littérature, sciences et arts de cette ville (1809), d'où il a été extrait par la *Bibliothèque médicale* (t. XXXVIII, p. 265).

Une femme de trente-quatre ans avait accouché trois fois avant terme, lorsqu'elle éprouva tous les signes d'une quatrième grossesse, tels que la suppression des menstrues, la disparition de l'appétit, des nausées, des vomissements, la turgescence des mamelles, et ensuite l'augmentation du volume du ventre. Mais bientôt ces phénomènes furent accompagnés d'une langueur générale, d'une faiblesse extrême, portée souvent jusqu'à la syncope, et d'une douleur toujours croissante à la région hypogastrique droite. Vers la fin du troisième mois présumé de la conception, une mole charnue, vésiculaire, de la grosseur d'un œuf de poule, fut rejetée par le vagin. La sortie de ce corps étranger ne calma point les accidents. Six jours après s'étaient à peine écoulés, que la douleur hypogastrique s'aggrava de manière à devenir intolérable, et s'accompagna d'un horrible vomissement. La malade fut frappée de lipothymies effrayantes : elle perdit la faculté de voir et de parler; enfin, la mort vint mettre un terme à ses souffrances. A l'ouverture du cadavre, on trouva dans la fosse iliaque droite un petit fœtus mâle, très-bien développé dans toutes ses parties, et attaché à l'ovaire du même côté, au moyen du cordon ombilical. Cet ovaire, qui formait une tumeur assez semblable pour la figure et pour le volume à un œuf d'oie, présentait inférieurement une ouverture par laquelle le fœtus s'était fait un passage. L'ovaire et la trompe de Fallope du côté gauche n'avaient éprouvé aucune altération. Les membranes dont se compose l'utérus étaient considérablement épaissies, et la cavité de ce viscère, dilatée, aurait pu facilement contenir un fœtus de trois mois, tel que celui qui fut trouvé dans l'abdomen.

J'ignore d'après quels motifs on a pu élever des doutes sur l'espèce de grossesse à laquelle se rapportait le fait communiqué à l'Académie des Sciences par Littre en 1701. Après avoir décrit avec un soin minutieux toutes les particularités qu'offrait l'ovaire gauche, objet de ses recherches, et notamment deux vésicules de de Graaf qui, placées *sous* les membranes de l'ovaire les avaient amincies et rendues transparentes en se développant, il passe à la description d'une troisième vésicule, moins rapprochée que les précédentes de la surface de l'ovaire, puisqu'elle ne paraissait point à travers les enveloppes, et dans laquelle était un embryon de trois lignes de long, sur une ligne et demie de grosseur.

Il faudrait, en vérité, que la grossesse ovarique fût démontrée impossible, pour qu'on pût révoquer en doute un pareil fait, publié par un pareil anatomiste; mais c'est cette impossibilité qui est au contraire le fait inadmissible.

Dès qu'on a été amené par les faits à reconnaître que la grossesse ovarique n'est pas plus incompréhensible, pas plus impossible que les autres, on ne tarde pas à se convaincre qu'elle n'est point une grossesse rare. Aug. Petsch en avait ressemblé trente-six cas en 1828, pour sa thèse inaugurale; j'en pourrais, je crois, ajouter une vingtaine à ce nombre. Mais ce n'est pas le lieu de les indiquer encore.

Grossesse sous-péritoneo-pelvienne. — Je constitue sous ce nom un genre de grossesse extra-utérine, trop différent de tous ceux qui sont décrits dans les ouvrages dogmatiques, sous le rapport du siège de la grossesse, des lois de son développement, des indications thérapeutiques qu'elle peut fournir, pour qu'il soit permis de les confondre. J'ai voulu marquer par cette dénomination ses caractères les plus importants, savoir : son siège en dehors du péritoine, et son développement, son séjour dans la cavité pelvienne. Cette grossesse est le développement de l'œuf entre les feuillets du ligament large. J'en connais plusieurs exemples; les suivants suffisent pour en constater l'existence et le siège.

Le docteur Loschge, professeur d'anatomie à Erlang, publia en 1818, dans les *Archives* de Horn, Nasse, etc., la relation d'un cas de grossesse extra-utérine; le fœtus, de l'âge de cinq mois, bien conformé, du sexe masculin, pourvu de ses membranes et de son placenta, fut trouvé dans l'épaisseur du ligament large. La dissection démontra que ce n'était ni une grossesse de la trompe, ni une grossesse de l'ovaire, mais que l'œuf s'était développé entre les feuillets du ligament large. Les parois du kyste s'étant déchirées, à la partie inférieure, il s'en était suivi une hémorrhagie mortelle. Il n'y avait point de traces de l'existence d'une caduque dans l'utérus (*Archiv für die Erfahrung, etc., von Horn, Nasse und Henke* 1818. — *Med. chir., Zeitung* 1820, t. I, p. 380.)

Je rapporterai un second cas de grossesse sous-péritonéo-pelvienne. On en sentira tout le poids quand je dirai que c'est Lobstein qui nous en a transmis la relation, et que la pièce se conserve encore dans le musée anatomique de la faculté de médecine de Strasbourg.

Une dame, encore éloignée de quinze jours du terme de sa grossesse, sujette à une fièvre hectique, par suite d'une inflammation chronique du péritoine, ressentit les douleurs de l'accouchement, se trouvant déjà dans le dernier degré de l'épuisement : elle y succomba. L'opération césarienne fut faite à l'instant même, dans la vue de sauver l'enfant; mais il était trop tard. L'examen des parties génitales internes fit voir les particularités suivantes : la matrice, plus volumineuse qu'à l'ordinaire, avait sept pouces de longueur, cinq pouces de largeur à son fond, et neuf lignes d'épaisseur dans ses parois; le plus grand diamètre de sa cavité était de trois pouces. Ici, comme cela a lieu dans les cas de grossesse extra-utérine, l'intérieur de la matrice était tapissé de la membrane caduque. Au côté gauche de la matrice se trouvait un vaste sac qui servait de réservoir au fœtus; ce sac était adhérent à tout ce côté de la matrice, depuis son fond jusqu'à son col. Il avait une forme ronde et un diamètre de neuf pouces; mais ses parois n'avaient qu'une demi-ligne d'épaisseur. Ce réceptacle ou cette fausse matrice était placé *entre les feuillets du ligament large*. La trompe et le ligament de l'ovaire avaient gagné plus d'extension et plus d'ampleur; l'un et l'autre s'épanouissaient sur le kyste et étaient, pour ainsi dire,

changés en un plan fibro-musculeux. On remarquait çà et là, à la surface du kyste, des fausses membranes celluleuses qui l'unissaient d'une manière lâche aux parties environnantes, et on voyait, de plus, sous sa tunique externe, des rameaux veineux parfaitement semblables à ceux qui rampent sur la membrane externe d'une matrice en état de gestation. Le sac lui-même était formé de deux feuillets membraneux, lisses et minces, contigus l'un à l'autre et laissant entre eux des espaces plus ou moins grands ; la face interne de ce même sac était tapissée d'une couche de matière jaunâtre de nature fibrineuse, et qui l'unissait à la surface externe des membranes et du placenta. Celui-ci était encore en place et partout adhérent à la paroi postérieure du sac représentant la matrice. Il était en raquettte, d'une forme ovalaire, et avait sept pouces dans son long diamètre et six pouces dans le petit ; les vaisseaux formant les racines du cordon ombilical étaient extrêmement dilatés ; quelques-uns avaient jusqu'à sept lignes de diamètre. Le placenta adhérait à la paroi postérieure du sac, de la même manière que s'il avait été attaché à la matrice, excepté que cette paroi était aussi mince que le reste du sac, qu'elle n'offrait aucun tissu spongieux. (Lobstein, *Compte rendu à la Faculté de médecine de Strasbourg sur les travaux anatomiques, etc., etc.* Strasbourg, 1824, in 8°. p. 48.)

Ces faits me paraissent suffisants pour légitimer l'admission d'une grossesse sous-péritonéo-pelvienne; d'une grossesse qui n'est ni ovarique, ni tubaire, et qui, si l'on peut s'exprimer ainsi, est moins abdominale qu'aucune autre, puisque, placée, au premier temps de son existence, en dehors du péritoine, les progrès de son développement ne paraissent point devoir l'y faire pénétrer, mais au contraire le ligament large, en se développant à mesure que le produit de la conception grossit dans la cavité pelvienne, doit former une sorte de plancher qui l'y retient et qui lui ferme l'entrée dans la cavité abdominale. Je n'ai pas besoin de dire ici tout ce qu'il y a d'essentiel dans cette circonstance, et de signaler en ce moment l'importance pratique qui s'attache, précisément à cause d'elle, à l'étude de la grossesse sous-péritonéo-pelvienne, comme espèce particulière de grossesse extra-utérine ; nous aurons à revenir plus loin là-dessus. J'engagerai seulement le lecteur à examiner les cas nombreux que l'on possède de grossesses extra-utérines terminées par l'élimination du produit de la conception, soit par le vagin, soit par la voie des selles, et il lui sera facile de s'assurer que ceux de ces cas dans lesquels les désordres sont restés le plus exactement limités dans la cavité pelvienne, sont justement des grossesses de l'espèce dont nous nous occupons. Qu'on prenne la peine de lire, par exemple, l'observation de la femme Lefort, publiée par Bergeret dans le *Recueil périodique de la Société de médecine* (thermidor an x), ou par Baudeloque, dans son *Art des accouchements* (t. II, p. 456-464, 6e édition), et il sera maintenant facile d'y reconnaître une grossesse sous-péritonéo-pelvienne. Le dernier de ces ouvrages est entre les mains de tout le monde, et il serait superflu de rapporter ici en raccourci une observation dont on peut y voir les détails.

Je crois pouvoir citer aussi, comme cas de grossesse sous-péritonéo-pelvienne, une observation de J. Major Wilson, qui sera donnée plus loin par extrait, mais dont je n'ai pas les détails sous la main.

Si l'on veut relire l'observation publiée par Noël dans le tome II de l'ancien *Journal de médecine*, sous le titre de Grossesse vaginale, observation citée bien des fois depuis lors, mais toujours restée inintelligible, on y reconnaîtra, je pense, une grossesse sous-péritonéo-pelvienne, et il sera dès lors facile d'en comprendre tout le merveilleux.

Je répète que la grossesse sous-péritonéo-pelvienne me paraît n'être point une grossesse extra-utérine rare.

Grossesse tubo-ovarique. — Le genre des grossesses extra-utérines les plus analogues au premier dont nous avons parlé, sous le rapport du siége, c'est la grossesse tubo-ovarique. Quoique ce genre de grossesse mérite, à plus d'un titre, de fixer toute l'attention de l'observateur, on ne le trouve nulle part signalé d'une manière particulière, et à peine peut-on saisir l'indice des caractères qui le spécifient dans une partie des faits qu'il est naturel d'y rapporter. On n'a pas remarqué que ces faits, s'ils renfermaient tous les détails qu'on pourrait y désirer, seraient de nature à fournir plus de lumières que d'autres sur le mécanisme des premiers phénomènes de la grossesse. Du reste, il nous suffit, quant à présent, d'avoir quelques observations qui réunissent les conditions nécessaires pour spécifier la grossesse tubo-ovarique. Une fois l'existence et les conditions fondamentales de cette grossesse établies, il ne sera pas difficile de reconnaître, d'après ce type, de cas analogues dans des observations qui ont été présentées par leurs auteurs sous un aspect différent. Voici une observation du docteur G. Jackson :

Une femme de trente-deux ans, mère de cinq enfants, reçut, dans la seconde semaine qui suivit sa sixième conception, un coup violent dans l'hypogastre. Les désordres produits par cet accident, qui fut suivi d'une syncope, ne suffirent point pour déterminer l'avortement, mais provoquèrent l'inflammation des viscères contenus dans cette région. Des métrorrhagies, qui se renouvelèrent à diverses reprises, des symptômes inflammatoires divers, des douleurs permanentes dans le bas-ventre, et enfin une dernière hémorrhagie, firent périr la malade.

A l'autopsie, on trouva une grande quantité de sang épanché dans l'abdomen, en partie fluide et en partie coagulé. Un fœtus, d'environ dix semaines, enveloppé de ses membranes, fut trouvé dans un énorme caillot. L'utérus avait son fond contre les pubis et son col appuyé sur le milieu du sacrum. Ce changement dans sa situation naturelle avait été déterminé par une tumeur placée au côté gauche de la matrice. L'examen attentif qu'on fit des parties contenues dans le petit bassin y montra d'abord des traces évidentes d'une violente et longue inflammation dont elles avaient été le siége, particulièrement à gauche, c'est-à-dire du côté de la tumeur. Celle-ci était constituée par l'ovaire, la trompe et le ligament large, considérablement épaissis et modifiés dans leur structure. Les franges du pavillon de la trompe adhéraient intimement avec l'enveloppe de l'ovaire, et ces deux organes formaient ensemble un kyste dont la distension par le corps qui y était contenu avait déterminé la rupture. Au milieu de l'ovaire on trouva le corps jaune entièrement détaché des parties environnantes (*The Dublin Journal of med. sc.*, t. II, et *Med. chir. Zeitung*, 1833, t. II, p. 379.).

Cette observation, que je donne ici fort abrégée, est des plus intéressantes, elle montre avec la plus grande évidence, dans les adhérences déterminées par l'in-

flammation de l'ovaire et de la trompe, peu après l'imprégnation, l'une des causes qui peuvent arrêter l'ovule au premier pas qu'il aurait à faire pour se rendre à son domicile naturel. La suivante n'est pas moins curieuse.

Une femme, d'environ vingt-cinq ans, condamnée à mort, ayant eu commerce avec des prisonniers, quelques jours après être accouchée, et dans l'espoir d'échapper au supplice si elle redevenait grosse, conçut effectivement; néanmoins, elle fut exécutée peu de temps après. Bussierre, qui fit l'autopsie du corps de cette femme, trouva que la trompe du côté droit était extraordinairement dilatée par son extrémité, et cette dilatation, dont la plus grande largeur avait un pouce de diamètre, s'étendait un peu plus d'un pouce et demi, en diminuant, du côté de la matrice. Cette partie de la trompe, ainsi dilatée, se recourbait et embrassait presque tout l'ovaire, à la membrane duquel elle était si adhérente, qu'elle n'en put être détachée qu'en déchirant les adhérences. Aussitôt qu'elle en fut séparée, il en sortit une liqueur limpide et onctueuse, laquelle s'étant écoulée, l'œuf parut à découvert; il était de la grosseur d'une noisette, entouré de cette liqueur; les trois quarts étaient déjà hors de l'ovaire par le trou qu'il y avait fait, en sorte qu'il semblait ne tenir plus; cependant lorsqu'on voulut le tirer, on le trouva encore attaché par un pédicule assez dur, parsemé de vaisseaux sanguins (*Philos. transact.* et Duverney, *Œuvres anatomiques*, t. II, p. 352).

A l'ouverture du corps d'une femme morte des suites d'une grossesse extra-utérine, avec sortie du fœtus par les selles, Giffard trouva les dispositions suivantes:

Le vagin, la matrice, les ligaments ronds, l'ovaire, la trompe de Fallope et le ligament large, de même que les vaisseaux spermatiques et hypogastriques du côté gauche, étaient dans leur état naturel; du côté droit le pavillon de la trompe de Fallope s'ouvrait dans un sac dont on va parler, et y était fortement attaché; l'ovaire de ce côté et le ligament large étaient dilatés, et formaient un sac de figure irrégulière, qui s'étendait derrière la matrice, à la partie postérieure de laquelle il était attaché, et passant plus avant vers le côté gauche, il s'allait joindre à cette partie du colon qui se termine dans le rectum, et au rectum même: on trouva dans ce sac une partie de l'arrière-faix et des restes de membranes; et outre l'ouverture qui communiquait avec la trompe de Fallope, il y en avait une autre d'environ quatre pouces de diamètre, qui perçait le rectum vers le milieu de sa longueur: la partie de l'uretère du côté droit, qui était entre l'ovaire et le rein, était dilatée, de même que la partie du rectum qui était entre la grande ouverture et le colon; la dilatation de l'un et de l'autre avait été causée par l'obstacle qui empêchait qu'ils ne se vidassent facilement. (Giffard, *Cases on midwifery, etc.* Londres, 1734; et *Biblioth. Britann.* 1736, t. VII, p. 299.) A dire vrai, cette seule assertion, que le pavillon de la trompe *s'ouvrait* dans le sac, assertion sans laquelle on verrait clairement, dans ce cas, un exemple de grossesse sous-péritonéo-pelvienne, est peut-être un motif insuffisant pour empêcher d'en porter ce jugement. Je dois même ajouter que la figure jointe à l'observation est plus propre à y faire reconnaître une grossesse sous-péritonéo-pelvienne qu'une grossesse tubo-ovarique. Ce qu'il y a de sûr, c'est qu'elle appartient à l'un ou l'autre de ces deux genres, et non à aucun autre, et il nous importait de le consigner ici.

Je pourrais produire ici plusieurs autres exemples de grossesses tubo-ovariques; je me bornerai à en indiquer un cas observé par le chirurgien Reiss, et consigné dans le Magasin de Rust. (*Magazin für die gesammte Heilkunde*, 1823, t. XV, p. 128.) Le kyste était formé par l'ovaire et la trompe gauches. Il était déchiré du côté de la trompe. A travers la déchirure, le fœtus (de trois à quatre mois) avait passé dans l'abdomen. Il tenait encore au cordon qui traversait la déchirure et se fixait au placenta, encore adhérent dans le kyste.

Grossesse tubaire. — Celles-ci sont, de beaucoup, les grossesses extra-utérines les plus fréquentes; et s'il y a lieu de s'étonner de quelque chose, c'est qu'elles ne le soient pas encore davantage. La trompe semble en effet bien peu appropriée à l'usage qu'elle a à remplir. Elle est chargée de transporter de l'ovaire à la matrice un ovule qui va grossissant à chaque jour, à chaque heure de son existence, et elle-même va se rétrécissant depuis son orifice ovarique jusqu'à son embouchure à l'utérus; et dans le milieu de sa longueur, un rétrécissement assez ordinaire ajoute encore, quand il existe, aux difficultés du passage du nouvel être qui doit parcourir cette longue et dangereuse avenue.

Dans la multitude d'observations qui ont été publiées de grossesses extra-utérines, je n'en saurais citer une plus propre à en donner une connaissance juste et précise par une description soignée, et une excellente figure, que celle publiée par Bœhmer, dans le deuxième fascicule de ses observations rares.

Elle mérite d'ailleurs la préférence sur toute autre en ce qu'il n'y en a pas une qui se rapporte à une époque moins avancée de la grossesse, dans laquelle la trompe ait été par conséquent moins déformée par le développement de l'œuf, et où celui-ci soit plus entier et plus régulier. Elle présente, d'ailleurs, bien d'autres circonstances curieuses, mais qui se rapportent à d'autres points que celui du siége des grossesses extra-utérines. Du reste, ne pouvant la donner ici avec les détails précieux qu'elle renferme, et l'ouvrage où elle est consignée étant un livre de bibliothèque que tout le monde peut consulter, je me borne à donner l'indication du lieu où elle se trouve. (Phil. Ad. Boehmer, *Observ. anat. varior. fascicul. alter.* Halle, 1756, in-fol., p. XIII-XVI et pl. I.)

A l'ouverture du corps d'une femme de trente ans, morte après avoir éprouvé des symptômes qui simulaient ceux d'un empoisonnement par l'arsenic, le docteur Koner trouva une grande quantité de sang épanché dans l'abdomen. Vers l'extrémité de la trompe gauche, existait une tumeur de la forme et du volume d'un œuf de pigeon. L'enveloppe extérieure de cette tumeur était percée à sa face supérieure de deux trous à recevoir la tête d'une épingle, par où le sang trouvé dans l'abdomen s'était épanché. Après avoir incisé cette enveloppe, il fut facile d'extraire l'œuf qui constituait la tumeur; il contenait, dans un liquide transparent, un embryon d'environ deux mois. L'utérus avait un volume triple de celui qui lui est naturel hors de l'état de grossesse, il était pénétré d'une grande quantité de sang et contenait une membrane caduque. (*Med. Zeitung herausg. von den Verein für Heilkunde in Preussen*, 1833, p. 10, et *Kleinert Repertor.* 1833, octobre.)

Dans ces deux observations, le siége du développement du produit de la conception est celui même dans lequel on le trouve à l'ouverture du cadavre. La deuxième fournit déjà un indice de ce qui doit se passer

dans le cas où le kyste fœtal, ne conservant pas son intégrité, doit finir par laisser échapper ce qu'il contient, et donne lieu au changement de la grossesse tubaire en une grossesse extra-utérine d'une autre espèce. Le même phénomène, mais sous un autre aspect, se montre encore plus clairement dans une observation publiée par Gartshore.

Il s'agit d'une femme qui fut admise à l'hôpital comme affectée d'hydropisie, mais qu'on découvrit être enceinte, et qui succomba après avoir éprouvé de violentes douleurs. C'était une grossesse extra-utérine arrivée au cinquième mois. La trompe gauche, dans laquelle s'était développé le fœtus, était parvenue au dernier terme de l'extension que pût permettre son tissu. Le kyste qu'elle formait était tellement mince et délicat, qu'il ne put être manié, et qu'il creva sur un des côtés, malgré les précautions qu'on put prendre, quand les parties furent extraites de l'abdomen. (*London medical journal*, t. VIII.)

Dans un cas publié par Langstaff, le déplacement du produit de la conception était encore plus imminent, puisqu'un degré encore plus considérable de distension de la trompe y avait déterminé une déchirure d'un demi-pouce, par où s'était faite une hémorrhagie mortelle. (*Medico-chirurgical transactions*, t. VIII, p. 500.)

J'ajouterai encore ici un dernier cas de grossesse tubaire; c'est une observation qui a été citée bien des fois déjà à un autre titre; il est bon de la donner pour ce qu'elle est réellement.

Albers, de Brême, fut appelé au commencement de septembre 1820, près de la femme d'un marchand, qui était dans le troisième mois de sa grossesse, et qui, un instant après avoir quitté le lit en bonne santé, avait été prise tout à coup de violentes douleurs dans l'abdomen, particulièrement dans la région ombilicale, qu'elle prenait pour des coliques. A des apparences qu'il serait difficile de décrire, et à l'état général de la malade, Albers jugea qu'il y avait quelque chose de particulier dans son état, et il la revit dès le milieu du même jour. Le visage était froid et avait déjà la pâleur de celui d'un cadavre; les lèvres étaient violettes; les mains, placées sous les couvertures, conservaient encore de la chaleur, mais se refroidirent promptement lorsqu'elles furent découvertes; le pouls était excessivement petit et fréquent. La malade était couchée immobile, un peu sur le côté droit, et ne se plaignait qu'en répondant aux questions qu'on lui adressait sur son état; elle accusait alors une douleur horrible dans l'abdomen, surtout aux environs du nombril. Si l'on cessait de la questionner, elle restait immobile, et n'exprimait sa douleur ni par des plaintes ni par des cris. Ces souffrances durèrent sans interruption jusqu'à six heures du soir, où elles perdirent de leur violence, et où la malade assura aux personnes qui l'entouraient qu'elle sentait approcher sa fin; et en effet elle expira bientôt après.

A sa seconde visite, Albers avait reconnu les signes de la rupture d'une trompe ou d'un ovaire, comme suite d'une grossesse extra-utérine, et il avait fait part de ce diagnostic aux docteurs Olbers et Schmidt, de qui il avait réclamé des avis. Il fit l'autopsie au bout de vingt-quatre heures, devant les docteurs Schmidt père et fils.

Arrivé à cet endroit de la relation d'Albers que je viens de traduire sur la lettre originale adressée par lui au rédacteur de la Gazette médicale de Saltzbourg, je croyais trouver la description d'une grossesse interstitielle, car c'est comme telle que cette observation a été insérée par M. Breschet dans son mémoire sur ce genre de grossesses; mais il n'en est rien; l'auteur ajoute tout simplement: « L'autopsie fit découvrir une rupture de la trompe droite, et un très-petit fœtus qui y était contenu. »

Albers ajoute aussitôt après (et c'est là la cause de l'erreur dans laquelle est tombé M. Breschet): C'est là, depuis vingt-quatre ans que je pratique à Brême, le troisième cas que j'observe de grossesse extra-utérine. Le premier se présenta chez la femme d'un médecin, le second chez celle d'un dentiste de cette ville. Je dois les publier l'un et l'autre dans les *Transactions of the medico-chirurgical society*. Dans le dernier, il y avait cela de remarquable, que l'œuf s'était développé dans la substance de l'utérus. Les cas de cette espèce sont très-rares, et je n'en connais jusqu'ici que quatre » (ceux de Hedrich, Carus, Lobstein, et le sien). (*Auszug aus einem Schreiben des Herrn Dr Albers in Bremen an den Herausgeber. Medicinisch-chirurgische Zeitung*. Mars, 1821, t. I, p. 413.)

Ces explications feront cesser l'incertitude où était M. Breschet lui-même sur la question de savoir si Albers avait observé un seul cas ou deux cas de grossesse interstitielle; il était nécessaire de les donner pour qu'on ne se trompât plus sur le nombre des observations de ce genre que l'on possède. Il est évident qu'Albers n'en a vu qu'une, et que la lettre de ce médecin d'après laquelle M. Breschet donna l'observation précédente pour un exemple de grossesse interstitielle, n'est qu'une copie de celle qu'Albers avait adressée en mars 1821 au rédacteur de la Gazette de Saltzbourg; copie dans laquelle on avait omis les deux lignes les plus importantes, et dont l'omission en changeait tout le sens.

J'aurai occasion, plus loin, de montrer que la pièce décrite dans une lettre de M. Mayer, de Bonn, à M. Breschet, comme provenant du cabinet d'Albers, et qui offre un cas curieux de grossesse interstitielle, n'est point la pièce appartenant à l'observation recueillie par Albers lui-même, mais une pièce dont le médecin de Brême avait fait l'acquisition pour une assez forte somme, peu de temps avant sa mort, comme on l'apprend dans l'ouvrage de Carus sur la grossesse. Il est étonnant que Mayer ne se soit pas aperçu de cette différence, et que, écrivant sur ce sujet, il n'ait pas connu la lettre d'Albers insérée dans la Gazette de Saltzbourg et l'ouvrage de Carus, qui auraient fait cesser son erreur.

« Albers aurait-il eu en sa possession, se demande M. Breschet, deux exemples de grossesse dans la substance de l'utérus, ou bien un de ces cas ne serait-il qu'une grossesse tubaire que l'on aurait prise pour une grossesse interstitielle? Je suis assez disposé à adopter cette dernière supposition, et elle s'accorde avec ce que dit M. Mayer, qui a trouvé dans le muséum d'Albers un exemple de grossesse interstitielle, et un exemple de grossesse tubaire. Le manuscrit d'Albers aurait dissipé tous nos doutes. »

On voit, je crois, clairement, d'après ce qui précède, jusqu'à quel point est fondée la supposition de M. Breschet; et l'on peut affirmer sans le moindre doute qu'Albers a vu un cas de grossesse tubaire, dont il a donné la relation dans la lettre ci-dessus au rédacteur de la *Gazette de Saltzbourg*, ou à M. Breschet; qu'il a *vu* un cas de grossesse interstitielle mentionné par occasion dans cette lettre, et dont la relation, destinée à la société médico-chirurgicale de Londres, a été

trouvée après sa mort dans ses papiers par le docteur Schmitt, et sera reproduite plus loin; enfin, qu'il a eu en sa possession, dans son musée, une pièce qui appartient aujourd'hui au musée de Bonn, et qui est un autre cas de grossesse interstitielle. Cette digression était nécessaire pour rectifier l'idée fausse qu'on s'était faite d'une observation qu'on a partout citée et reproduite pour ce qu'elle n'était pas. Elle offre un exemple de la facilité avec laquelle on s'empresse de compter les faits sans les examiner préalablement; exemple dont la citation a ici d'autant plus d'à-propos que c'est en comptant ainsi, sans examiner, qu'on a pu dire récemment, dans une société savante, qu'on connaissait vingt-cinq cas de grossesses interstitielles; nombre fort supérieur à celui des observations authentiques qu'on en possède. Revenons à notre sujet, et passons à un autre genre de grossesse extra-utérine.

Grossesse tubo-abdominale. — Voici un genre de grossesse dont l'admission suscitera probablement plus de difficultés encore que quelques-unes de celles dont nous avons parlé jusqu'à présent. Je n'en puis fournir ici que deux exemples; et, de ces deux exemples, le premier ne m'est connu que par un extrait malheureusement fort court de l'article dans lequel il a été décrit : mais ces deux faits me paraissent suffire néanmoins pour établir l'existence d'un genre de grossesse tout particulier; et j'ai lieu de présumer qu'ils paraîtront également suffisants à ceux qui voudront considérer quels rapports ils ont avec les grossesses utéro-tubaires et utéro-tubo-abdominales, dont il n'est plus possible de nier l'existence autrement qu'en niant des faits positifs. Voici ces cas de grossesse tubo-abdominale; j'aurai soin d'en indiquer la source primitive :

Une femme de 26 ans mourut à la suite d'une métrorrhagie violente, et de douleurs permanentes dans le côté gauche du bas-ventre. La trompe gauche, fort dilatée, contenait le placenta dans son intérieur; tandis que le fœtus, d'environ deux mois, s'était développé dans la cavité abdominale (*Rust*, *Magazin*, et *Med. chir. Zeitung*, 1824, t. III, p. 440).

Le second cas est plus détaillé : le docteur J. Wishart, de Washington, eut, le 4 octobre 1823, une consultation avec le docteur Stevens au sujet d'une négresse de trente-huit ans. Le docteur Stevens avait été appelé quelques jours auparavant auprès d'elle, pour l'assister dans le travail de l'enfantement. Il y avait un an que cette femme avait eu une violente dyssenterie, qui l'avait laissée dans un état de faiblesse dont elle n'était pas relevée quand elle s'était reconnue enceinte. Plus tard elle fit une chute, dans laquelle elle éprouva la sensation de quelque chose qui se serait rompu dans son ventre. Depuis, elle y avait toujours ressenti une forte douleur. Un jour, après avoir éprouvé une agitation des plus violentes, le fœtus cessa pour toujours de se mouvoir. Jusqu'au moment où M. Stevens fut appelé, la malade avait pu vaquer aux travaux de la maison, quoique, d'après son calcul, le terme de sa grossesse fût déjà passé depuis le mois d'août. D'après toutes les circonstances du cas, Wishart et Stevens diagnostiquèrent une grossesse extra-utérine, et proposèrent à la malade la gastrotomie, qu'elle accepta. Une incision de six pouces de long fut pratiquée au côté droit de l'abdomen, parallèlement à la ligne blanche et à environ un pouce de distance de cette ligne. Quand le péritoine et les membranes furent divisés, il s'écoula beaucoup d'eaux, et un des pieds du fœtus se présenta. Sa tête était située dans la région iliaque gauche. Ses enveloppes avaient contracté beaucoup d'adhérences, mais il fut facile de les détacher. Le placenta, avec une portion des membranes, était en partie enfermé dans la trompe droite, qui formait une cavité de deux à trois pouces de diamètre, dans laquelle il était solidement fixé; le tout fut extrait et la plaie réunie. La malade mourut le cinquième jour après l'opération : une inflammation violente s'était développée dans l'abdomen; la trompe droite était fort altérée; l'utérus était sain. (*The Philadelphia journal of medical and physical science, etc., new series*, t. I, 1825; *et Medicinisch-chirurgische Zeitung*, 1828, t. II, p. 243.)

Je croyais n'avoir rencontré dans la foule d'observations de grossesses extra-utérines qui m'ont passé sous les yeux que les deux exemples qui précèdent de grossesse tubo-abdominale. Mais, dans l'étude des livres, comme dans celle de la nature, on trouve à chaque instant l'occasion de se convaincre que l'on n'observe avec une exactitude complète que ce qu'on sait avant de l'observer. Une fois éclairé sur un fait, on le retrouve clairement exprimé là où l'on avait passé plusieurs fois sans l'apercevoir. Une fois convaincu de la réalité des grossesses tubo-abdominales, je les retrouve dans des observations qui m'avaient intéressé à d'autres titres, et où cette circonstance du siége m'avait échappé. Je ne doute pas que des recherches nouvelles, faites sous ce point de vue, ne révélassent des exemples assez nombreux d'une grossesse dont on n'avait nulle idée, et qu'on a pu lire sans les comprendre et sans s'y arrêter.

Tel est, par exemple, le cas sommairement décrit par Bianchi, dans le *Theatrum anatomicum* de Manget, mentionné par Anel, dans une lettre à Calvo (*suite de la Nouvelle Méthode de guérir les fistules lacrymales, etc.*) longuement mais assez obscurément décrit par ce même Calvo, dans deux lettres écrites à Fontenelle et à Anel, et dans un ouvrage spécial (*Lettera istorica di Paolo Bernardo Calvo*. Turin, 1714), et décrit enfin avec plus de précision et de clarté par Bianchi, dans son ouvrage *sur la Génération* (p. 84-100). Bien des circonstances sont remarquables dans cette observation; mais les seules que nous ayons à mentionner ici sont les suivantes, savoir : que le pavillon de la trompe droite, déployé, faisait partie du kyste gestateur, et que la cavité de cette trompe était assez dilatée pour avoir pu, du vivant même de la femme, donner passage dans l'utérus au produit de la fonte putrilagineuse du placenta, dont l'écoulement avait eu lieu par le vagin.

C'est encore au même genre de grossesse que se rapporte un cas lu par Büchner, de Gotha, à la Société des sciences de Gottingue, inséré dans les *Annales littéraires* de la même ville (1786), et rapporté de là, par extrait, dans les archives de Stark (*Archiv für Geburtskunde*, t. I, n° 2, p. 136). La femme, enceinte pour la troisième fois, fut prise, au terme naturel, des douleurs de l'enfantement : elles durèrent deux jours, avec écoulement, par l'orifice utérin, de mucosités sanguinolentes; mais l'accouchement n'eut pas lieu. Environ deux ans après, les règles reparurent, et continuèrent pendant six années, jusqu'à la mort de la femme, à l'âge de quarante-cinq ans. Elle mourut d'hydropisie. On trouva dans l'abdomen un fœtus enveloppé dans un kyste coriacé. La trompe se terminait en un corps sphérique solide, reste du placenta desséché, et identifié en quelque sorte avec elle.

A l'ouverture du corps d'une fille de 22 ans, morte de pleurésie, Vercelloni trouva à l'extrémité de la trompe de Fallope du côté gauche, embrassé en partie par les franges du pavillon de ce conduit, un œuf, de la forme et du volume de celui d'un pigeon. (*Ephem. acad. nat. curios.* cent. VII et VIII. obs. 9, p. 23.)

Bianchi a conservé la relation d'un cas de grossesse extra-utérine observé par Guala, qui paraît aussi devoir être rangé dans la classe des tubo-abdominales. Le kyste, placé à l'embouchure même de la trompe, était formé en partie par son pavillon. Le placenta était fixé dans ce même pavillon, et leurs vaisseaux semblaient se confondre. Le fœtus avait péri au cinquième mois de la grossesse, et avait été rendu successivement par fragments, par la voie des selles. L'utérus n'avait que le volume qu'il a chez les filles. (Bianchi, *De naturali in humano corpore, vitiosa morbosaque generatione historia.* Turin, 1741, in-8°, p. 177.)

Enfin on trouve un cas de grossesse tubo-abdominale dans la revue de Jonhson (*Med. chir. Journal*, Quarterley, series, t. I, p. 301.)

Ces exemples suffisent. Passons à un autre genre de grossesses extra-utérines.

Grossesses tubo-utérine-interstitielles. — Le premier auteur qui ait parlé d'une manière précise de la grossesse tubo-utérine-interstitielle est Dionis. D'après son témoignage, Mauriceau avait eu déjà l'occasion d'observer une grossesse dans les parois mêmes de la matrice (assertion douteuse, puisque le cas vu par Mauriceau est celui de Vassal, lequel semble être plutôt un cas de grossesse tubaire). Mais la prévention du célèbre accoucheur contre le système des ovaristes l'avait empêché de comprendre le mécanisme suivant lequel se forme ce genre de grossesse. Dionis, au contraire, a parfaitement saisi la nature du phénomène, et il est remarquable qu'il en ait donné de prime-abord la véritable explication. Voici comment s'exprime Dionis à ce sujet dans son *Traité d'anatomie :*

« Ce n'est pas seulement dans les trompes qu'il se peut former des enfants, mais encore dans la propre substance de la matrice. Deux histoires remarquables nous font voir que cela se peut. M. Mauriceau en a été témoin d'une, et je l'ai été de l'autre. M. Mauriceau est mort sans avoir jamais voulu se rendre sur l'opinion des œufs; mais ne voulant pas croire que ce fût un œuf qui se soit arrêté à l'extrémité de la trompe, et qui s'y soit germé, il fallait du moins qu'il nous fît voir comment la semence de l'homme pouvait avoir pénétré la substance de la matrice, pour y produire un enfant et former cette poche qu'on y a trouvée.

» Il est vraisemblable de croire qu'un œuf, s'étant détaché de l'ovaire, a coulé par la trompe jusqu'à son extrémité où elle entre dans la matrice, et par la petitesse de son embouchure, qui ne lui a pas permis de tomber dans le fond de la matrice; il y a grossi, et, en grossissant, a obligé la substance de la matrice de s'étendre et de lui faire une poche capable de contenir l'enfant jusqu'à trois mois, et qu'elle s'est crevée, ne pouvant pas prêter davantage. De cette manière, on convient, avec M. Mauriceau, que la poche en question est faite d'une partie de la substance de la matrice; mais aussi il fallait qu'il convînt qu'elle s'était formée à l'extrémité de la trompe, et que la matière dont l'enfant y a été engendré y a été portée de l'ovaire par la trompe. »

Après des faits aussi positifs et des interprétations aussi judicieuses, on a lieu de s'étonner qu'on ait si longtemps oublié ces premières données; on peut même être surpris que, les ayant oubliées, on ait tardé plus d'un siècle à retrouver, sinon les mêmes explications, du moins les mêmes faits; je dis plus d'un siècle, car l'opinion de M. Velpeau, que les observations de Dionis (il s'agit d'un fait différent du précédent), d'Eisenmann et de Canestrini, doivent s'y rapporter, est inadmissible. Ce sont des cas bien positifs de grossesses dans des matrices biloculaires ou bicornes.

La première observation de grossesse tubo-utérine interstitielle qui ait été recueillie dans les temps modernes est celle dont W. Schmitt a donné la relation en 1801, dans le recueil des Actes de l'Académie Joséphine médico-chirurgicale de Vienne.

Une femme de vingt-huit ans, enceinte pour la sixième fois, éprouva, un mois avant sa mort, à la suite d'un petit voyage, une douleur gravative à l'estomac, qui persista pendant dix jours, au bout desquels survinrent des vomissements. Elle ne se croyait pas enceinte, parce que ses règles n'avaient éprouvé ni suspension ni retard, et qu'elle ne ressentait rien de ce qu'elle avait éprouvé dans ses grossesses précédentes. Le jour de sa mort, dans la matinée, elle se trouvait mieux qu'elle n'avait été depuis plusieurs semaines; mais à midi elle eut du malaise et des vomissements; bientôt des syncopes survinrent, et, le soir, vers cinq heures, cette femme mourut dans de violentes convulsions. L'abdomen contenait une grande quantité de sang; l'utérus, volumineux, plus gros à droite qu'à gauche, offrait une rupture sur le lieu le plus développé; la cavité de ce viscère, tapissée par une membrane caduque, n'avait aucune communication avec le sac qui contenait le fœtus. Cette excavation était formée dans la propre substance de l'utérus, et le fœtus paraissait avoir six semaines; l'orifice utérin de la trompe droite était absolument fermé, tandis que celui de la trompe gauche était libre.

La deuxième observation, en date, est celle d'Albers, non celle de la lettre au rédacteur de la Gazette de Saltzbourg, qui n'est pas un cas de grossesse interstitielle, ainsi qu'on l'a vu plus haut, mais celle trouvée après sa mort dans ses papiers, et faisant partie du Mémoire qu'il avait destiné à la Société médico-chirurgicale de Londres.

Une femme de vingt-six ans, au troisième mois de sa seconde grossesse, fit une chute dans un escalier, le 19 septembre 1811, vers huit heures du matin. La secousse et la douleur qu'elle éprouva lui firent presque perdre connaissance. Quoiqu'il lui restât de vives douleurs dans le ventre et vers le sacrum, et quoique sa physionomie fût fort altérée, elle vaqua pendant la journée aux soins de la maison; elle alla même en voiture, faire une visite le soir à l'extrémité de la ville. Elle eut une syncope, et devint d'un froid glacial; revenue à elle, elle voulut être ramenée chez elle. Le mouvement de la voiture pendant ce retour lui causa d'atroces douleurs dans le ventre. Elle mourut vers deux heures du matin. Ce n'est que quatre jours après qu'on procéda à l'ouverture du corps.

La cavité abdominale fut trouvé remplie par du sang noir, coagulé, et au milieu des caillots on découvrit un petit fœtus, qui, d'après sa grosseur, fut regardé comme ayant environ neuf semaines. L'utérus avait tous les caractères qu'il offre dans l'état de gestation. On reconnut que l'œuf s'était développé dans la partie de la

trompe de Fallope qui perce la substance utérine, et que le tissu de la matrice et le péritoine, en rapport avec cet organe, avaient été distendus jusqu'à ce que la déchirure en résultât. Aucun vestige des membranes de l'œuf ne put être découvert. La deehirure aurait tout au plus donné passage à un corps du volume d'un pois, et il en sortait de petits filaments d'un rouge foncé.

Je n'ajouterai qu'un mot sur cette observation : c'est qu'elle est évidemment relative (ainsi que je l'ai déjà fait remarquer) à un cas différent de celui auquel appartient la pièce provenant du cabinet d'Albers qui a été décrite par Mayer, dans son Mémoire sur la grossesse interstitielle. Cette pièce avait été achetée par Albers; mais il n'avait point observé lui-même le cas : aussi l'histoire de la maladie nous manque. Nous reviendrons un peu plus loin sur cette dernière observation, qui offre un cas de grossesse interstitielle. Citons encore quelques exemples de grossesses tubo-utérines interstitielles.

Une dame de vingt et un ans, au milieu de la plus belle santé, fut prise tout à coup d'une douleur violente dans la région hypogastrique : syncopes, puis nausées, vomissements, pâleur, froid des extrémités, tension de l'abdomen, pouls insensible, mort au bout de quatorze heures. Les circonvolutions intestinales étaient séparées par du sang pris en caillots, le petit bassin en était rempli. A l'insertion de la trompe gauche, il existait une tumeur creuse de forme conique, tronquée au sommet à base élargie, offrant le volume et l'aspect d'une moitié de noix, et occupant exactement l'espace compris entre l'insertion de la trompe et le fond de l'utérus. Recouverte par le péritoine et formée par le tissu propre de la matrice, elle présentait un peu en arrière des fongosités saillantes, au milieu desquelles se trouvait une ouverture irrégulière déchirée, et capable de recevoir une plume à écrire. La cavité de cette tumeur ne communiquait en aucune manière avec celle de l'utérus. Il existait entre elles une cloison épaisse de quatre à cinq lignes, formée par la substance de l'organe. La trompe, du côté gauche, s'insérait sur la base de la tumeur; son orifice utérin était oblitéré (Auvity, dans le *Mémoire de Ménière sur la grossesse interstitielle*. Archives de méd., t. XI, p. 170.)

Quoique le produit de la conception n'ait point été décrit, et qu'il ait été sans doute perdu dans les caillots, ce qui devait presque inévitablement arriver, vu son peu de développement, on ne peut douter que ce ne soit bien là un cas de grossesse, et que la tumeur décrite ne fût un kyste fœtal déchiré; car l'état de l'utérus prouve que la conception avait eu lieu. En effet, cet organe avait à peu près le double du volume qu'il a ordinairement dans l'état de vacuité : sa cavité était manifestement agrandie, ses parois avaient perdu un peu de leur épaisseur; il était tapissé intérieurement par une membrane caduque; son col était rempli d'une substance gélatineuse de couleur rouge; l'orifice du col était saillant, un peu entr'ouvert, et par-dessus tout, l'ovaire gauche offrait une cicatricule récente, en forme de kyste séreux, à moitié plein de liquide et entouré d'une auréole jaunâtre.

M. P. Dubois possède une pièce qui lui fut envoyée en 1832, avec une courte relation, par M. le docteur Hoden de Rouen, laquelle est des plus propres à jeter du jour sur la nature des grossesses dites interstitielles, et à dévoiler le mécanisme de leur formation. Le kyste gestateur, dont la dechirure a causé la mort de la femme dans le troisième mois de sa grossesse, existe dans l'épaisseur des parois utérines, à la base d'une trompe, et celle-ci en fait partie.

La femme avait succombé en quelques heures à une douleur atroce dans l'abdomen, avec tous les symptômes d'une hémorrhagie interne, et l'autopsie montra en effet un énorme épanchement sanguin dans cette cavité.

Il serait inutile de s'arrêter plus longtemps aux grossesses tubo-utérines interstitielles. Il convenait d'en citer assez d'exemples pour qu'on vît bien comment un ovule arrêté dans la trompe, dans l'épaisseur même de la paroi utérine, doit la dilater, écarter le tissu de l'organe qui l'entoure; et, si quelque point de ce tissu n'offre qu'une résistance insuffisante, ou s'il y existe des sinus tels que M. Breschet assure en avoir observé s'insinuer dans sa propre substance, s'y creuser une habitation, et l'agrandir, jusqu'au moment où l'excès de son volume rompt les barrières qui l'y tiennent emprisonné.

Grossesse utéro-interstitielle. — De toutes les observations qu'on possède, la plus précieuse, pour l'authenticité que donne à tous les détails qu'elle renferme l'habilité connue du médecin à qui on la doit, est celle communiquée par Dance à M. Breschet, et qui est la sixième dans le mémoire de ce dernier. On y voit que la grossesse était réellement interstitielle, purement interstitielle, c'est-à-dire sans participation de la trompe à la formation du kyste qui renfermait le fœtus; mais on y voit aussi que la trompe, quoique fort étroite dans le trajet qu'elle parcourait accolée à ce kyste pour traverser l'utérus, offrait une ouverture dans un point de ce trajet, laquelle fut prise à la vérité pour une déchirure faite en détachant le placenta, mais dont l'existence remontait bien plus probablement à l'origine même du passage de l'œuf dans le tissu de la matrice. Cette circonstance de l'observation conduit par une gradation insensible des grossesses tubo-utérines-interstitielles aux grossesses interstitielles dont le siége est le plus éloigné de la trompe; elle révèle le mécanisme de ces dernières, et fait cesser le merveilleux qu'y avaient trouvé ceux qui n'en connaissaient pas d'autres.

La même remarque s'applique à l'observation communiquée l'an passé par M. Pinel-Grandchamp à l'Académie royale de médecine. L'utérus avait le volume qu'il offre à six semaines ou deux mois de gestation; à son angle gauche apparaissait une tumeur qui s'était rompue en arrière par une assez petite ouverture. Cette tumeur formait une poche contenant le produit de la conception. La trompe passait en arrière de la tumeur. M. Thompson, qui avait préparé cette pièce, avec l'habilité qu'on lui connaît, put faire passer un fil métallique dans les deux tiers externes de la trompe; le tiers interne fut mis à nu, et l'on ne trouva d'autre communication de la trompe avec le kyste qu'un orifice presque microscopique. Le calibre de la trompe n'était augmenté en aucun point de son étendue. Le kyste avait une capacité à contenir une aveline. La cavité utérine était un peu accrue, et ses parois épaissies; elle contenait une membrane caduque complète, ouverte près du museau de tanche, mais sans ouverture à l'orifice des trompes. Enfin, dans l'ovaire gauche, qui avait fourni l'ovule, se voyait le *corpus luteum*.

Le dernier exemple que je citerai de grossesse utéro-interstitielle est celui dont on doit la connaissance au soin qu'avait pris Albers de se procurer, à prix d'argent, la pièce qui s'y rapporte, et dont M. Mayer, comme je l'ai déjà dit, a donné la description.

Cette pièce montre une grossesse dans l'épaisseur des parois de l'utérus, sans communication apparente avec la trompe. L'œuf est encore renfermé dans le kyste où il s'est développé ; mais l'une des parois formées par le tissu utérin avait déjà subi une altération ; il y avait un commencement de perforation ; et, si la malade n'eût succombé trop tôt, il y aurait eu avant peu, comme dans tous les autres cas connus de grossesse du même genre, déchirure complète du kyste et passage du fœtus dans le ventre de sa mère.

Une observation qui conserverait quelque chose de merveilleux si elle appartenait réellement aux grossesses interstitielles, c'est la cinquième du Mémoire de M. Breschet ; mais nous ne saurions admettre que ce soit une grossesse de ce genre, et cela à cause de l'époque avancée de la grossesse, à cause de sa marche, à cause de son siége, et parce qu'il n'y a rien, en un mot, dans l'observation qui tende à l'établir. Dans la description obscure et incomplète qu'on fait des parties, il est bien difficile au contraire de ne pas reconnaître une grossesse abdominale, avec un kyste qu'on a pris pour un second utérus. La ressemblance de la cavité de ces sortes de kystes avec celle de la matrice a été déjà signalée bien des fois, et l'on croit voir, par exemple, le cas décrit par Turnbull, où cette circonstance était des plus marquées, en lisant l'observation dont il s'agit du Mémoire de M. Breschet.

En voilà assez sur la grossesse utéro interstitielle, considérée relativement à son siége. Les observations de Dance, Pinel-Grandchamp et Albers suffisent pour démontrer qu'on ne peut, sous ce rapport ; confondre en un seul genre les grossesses tubo-utérine-interstitielle et utéro-interstitielle, ni nier l'existence de cette dernière ; encore moins peut-on confondre la grossesse utéro-interstitielle avec celles observées par Patuna, Laugier, Herbin, Mondat, comme on le fait dans la *Gazette médicale* (séance de l'Académie de médecine du 8 septembre 1835), en altérant, sans doute, les opinions de M. Velpeau, dont on y rend compte.

Grossesse utéro-tubaire. — Déjà M. Guillemot a appelé l'attention sur ce genre de grossesses extra-utérines (*Mémoire sur la grossesse extra-utérine*, dans les *Archives générales de médecine*, 1832, tome XXVIII, p. 298), et ses réflexions judicieuses sur les cas observés par Laugier et par Herbin auraient dû le faire admettre sans opposition ; mais puisqu'on le conteste encore, j'ajouterai un nouveau fait à ceux dont s'est étayé cet habile acoucheur, en renvoyant pour ceux-ci au mémoire que je viens d'indiquer.

Une femme, mère de quatre enfants, offrit pendant sa cinquième grossesse un développement tout particulier de l'abdomen : un seul côté, le côté droit, avait acquis du volume ; il était séparé du gauche par une ligne de démarcation bien tranchée. La femme n'avait senti de mouvements que dans ce côté, ils y étaient douloureux, et répondaient surtout sous les fausses côtes. Après quatre jours de travail sans résultat, Fielitz fut appelé. Après avoir remarqué cette anomalie, il porta la main dans l'utérus, et trouva la tête du fœtus libre, au fond et à droite de la cavité de cet organe : il l'embrassait dans tous les sens, mais le cou de l'enfant était serré par l'orifice utérin de la trompe, dans laquelle son corps était enfermé tout entier. Les tractions exercés sur la tête causaient à la femme un sentiment de déchirement, qui obligea à cesser toute tentative de l'extraire. Après avoir dilaté l'orifice tubaire avec le bout du doigt, non sans causer de très-vives douleurs, il s'échappa de la trompe un flot de liquide amniotique mêlé de méconium. On put porter le doigt sous une aisselle du fœtus, et l'on parvint ainsi à l'amener dans la matrice : le placenta, qui était dans cette cavité anormale, fut aussi extrait ; du sang suivit en abondance, mais cessa bientôt de couler. La contraction de la trompe fut rapide, et Fielitz, au bout d'un instant, ne put plus introduire le doigt dans son orifice : il fit alors la version du fœtus et l'amena au dehors avec facilité, mais il était mort. La femme se rétablit promptement (Richter, *Biblioth. der Chir.*, t. VII, p. 782). Fielitz pense qu'avant le commencement du travail la tête elle-même était renfermée dans la même cavité que le corps du fœtus ; et il fonde cette conjecture sur ce que, aux premières douleurs, il s'était écoulé un peu d'eaux ; mais cette opinion est fort incertaine.

A peine ai-je besoin de faire remarquer qu'on ne peut rapporter ce cas à la classe de ceux dans lesquels on a vu une contraction partielle de l'utérus diviser pour ainsi dire en deux sa cavité à une sorte de diaphragme, car ce n'était point à l'époque du travail, c'est-à-dire quand ces contractions anormales s'opèrent, que s'était formée la cavité contenant le corps du fœtus, mais dès les premiers temps de la grossesse on avait vu l'abdomen prendre dans son développement la forme qu'on conçoit que doit lui donner la présence du fœtus dans une trompe.

Grossesse utéro-tubo-abdominale. — A côté des faits dont on vient de prendre connaissance, les suivants, qu'on avait repoussés comme faux, ou dédaignés comme inexacts ou mal observés, deviennent des faits qui n'ont rien d'étrange, et qu'on peut hardiment admettre sans être taxé de crédulité ; car la raison ne peut se faire scrupule d'accepter ce qui n'a rien en soi de contradictoire, quand l'observation déclare l'avoir vu.

Je ne fais donc nulle difficulté d'admettre la vérité et l'exactitude de l'observation suivante, de Patuna, parce que celles qui précèdent me la font concevoir comme possible ; parce qu'elle a été recueillie par le prosecteur d'un des anatomistes les plus scrupuleux du siècle dernier et de tous les siècles (de Morgagni) ; parce qu'elle renferme tous les détails nécessaires pour en bien constater et préciser la nature ; enfin, parce qu'elle n'est pas la seule de son genre que nous possédions.

Hélène Zop, âgée de trente-cinq ans, mariée depuis douze ans, avait eu huit enfants, dont deux jumeaux ; elle était d'un tempérament sanguin lymphatique, grasse et corpulente. Elle avait eu deux fois en sa vie des maladies graves, mais dont la guérison avait été parfaite et sans reliquats ; mais tous ses accouchements avaient été laborieux, celui des jumeaux moins que les autres. Au cinquième mois présumé de la huitième grossesse, cherchant un jour à échapper à des bœufs qui la poursuivaient, elle fit une chute, suivie aussitôt d'une métrorrhagie violente, qui diminua peu à peu, mais qui se prolongea durant deux mois, au bout desquels elle cessa spontanément et sans remède. Hors cela, la chute dont il vient d'être parlé n'eut pas d'autre suite. Depuis, elle revint à la santé, et ne se plaignit de rien, si ce n'est d'une grossesse plus pénible et plus fatigante que les précédentes, ce dont elle avait déjà fait la remarque avant sa chute.

Le dimanche 10 juillet 1763, comme elle s'apprêtait à aller à l'église, elle fut prise, à la suite d'un violent accès de colère, d'une perte abondante, et des douleurs

de l'enfantement (car elle était alors à terme); cependant elle ne perdait point d'eaux, mais du sang pur. Elle sentit, presque jusqu'à son dernier soupir, les mouvements de son enfant. La sage-femme qu'on avait appelée annonça d'abord un accouchement prochain; mais, au bout de quelques heures, comme elle voyait la perte continuer sans signe positif de l'approche de la parturition, elle fit appeler à la fois un médecin et un chirurgien. Le médecin accourt en toute hâte, et, voyant de prime-abord l'imminence du danger, il ordonna l'administration des sacrements; il prescrit en même temps divers moyens, une saignée de la salvatelle, qui fut suivie d'une syncope profonde, la métrorrhagie ne perdant point de sa violence. A peine les sacrements avaient-ils été administrés à la malade, qu'elle rendit le dernier soupir, à onze heures du matin, le même jour.

Patuna arriva avec son père, chirurgien pensionné de la ville, au moment même où elle venait d'expirer. Après s'être assuré de sa mort, il pratiqua sans retard, sur le côté droit, où l'abdomen offrait le plus de résistance, une incision césarienne. A peine la paroi abdominale était divisée qu'un fœtus se présenta, d'un volume énorme, et comparable à celui d'un enfant de deux mois. Il était placé de telle sorte que son dos regardait la paroi abdominale de la mère; sa tête immédiatement sous le diaphragme, tournée vers les vertèbres, un peu inclinée; les genoux fléchis vers la tête, la main droite sur les fesses, la gauche près de l'ombilic; le cordon ombilical, d'une longueur assez considérable, remontant en haut et à droite, faisait le tour du cou, puis allait pénétrer dans la trompe de Fallope du côté droit. Un exemple de grossesse extra-utérine étant un cas tout nouveau pour Patuna, bien qu'il connût la plupart de ceux qui avaient été publiés, il fit ses recherches avec le plus grand soin. Ayant agrandi l'ouverture faite à l'abdomen pour mieux examiner cette cavité, il rechercha, avec toute l'attention possible, les enveloppes du fœtus; mais ce fut en vain : il ne trouva non plus dans la cavité abdominale ni liquide amniotique ni aucune autre espèce de liquide. En suivant de la main le cordon ombilical, il le vit pénétrer dans la trompe droite, à un travers de doigt de distance de l'utérus. Cette partie de la trompe, du côté de l'utérus, était plus volumineuse que la portion allant à l'ovaire, d'où il jugea que le cordon devait se rendre par la première jusque dans l'utérus. Ce viscère avait un volume supérieur à celui du poing, et la figure pyriforme qui lui est naturelle : on n'y voyait pas le moindre vestige d'une déchirure quelconque, pas la moindre cicatrice : il s'élevait à peine au-dessus du bassin. Ces observations faites, Patuna fit une incision à la trompe depuis l'entrée du cordon dans son intérieur; vers l'utérus. Elle n'offrait rien de particulier, si ce n'est son adhérence avec le cordon à l'endroit où celui-ci l'avait perforée. L'utérus fut ouvert ensuite, et ne présenta non plus à l'intérieur nulle trace d'une déchirure antérieure quelconque. L'épaisseur de ses parois était d'un pouce et demi, sa substance était presque vide de sang. Dans son intérieur se trouvait le placenta, qui adhérait, dans un espace peu étendu, à son fond, un peu à droite; à gauche, où il s'étendait davantage, il était détaché : il avait près de deux doigts d'épaisseur, environ quatre pouces de diamètre; il commençait tout près de l'embouchure utérine de la trompe droite, et adhérait plus fortement en cet endroit qu'en tout autre. On voyait manifestement à sa face convexe, et au fond de l'utérus, sur lequel il était greffé, des extrémités vasculaires. Sa face concave, du milieu de laquelle naissait le cordon, était recouverte de deux membranes, l'une, l'intérieure, plus épaisse et vasculeuse; l'extérieure très-mince et translucide, qui, réunies ensemble au bord du placenta, y formaient une substance un peu plus solide, et s'y terminaient en laissant se dessiner dans leur épaisseur quelques petits vaisseaux très-fins. L'orifice interne de l'utérus admettait à peine le petit doigt. Si l'on excepte le changement de situation des intestins, tout le reste était dans l'état naturel (Barthélemi Patuna, *Epist. phys. med. continens. hist. fœtus sine involucris extra uterum inventi, placenta intrauterum hœrente, ad. cl. vir. J. Morgagnum;* etc. Vienne, 1765. Recus. in *Sandifort, Thesaur. diss.*, t. III, p. 325-339).

Quand ce fait serait l'unique de son espèce, le caractère de l'observateur, et ceux de l'observation elle-même, repoussant l'imputation de fausseté, il faudrait bien se décider, sur ce seul cas, à admettre la possibilité de la grossesse utero-tubo-abdominale; mais en voici un encore, presque pareil, et qui date à peu près de la même époque. Il a été recueilli par un accoucheur habile, et c'est au célèbre W. Hunter qu'on en doit la publication.

Une femme de trente-cinq ans se plaignit, au second mois de sa grossesse, de douleurs, de coliques, contre lesquelles on employa la saignée et d'autres remèdes, et qui cessèrent jusqu'au sixième mois : elles revinrent à cette époque avec beaucoup plus de violence, se propageant de la région ombilicale, lieu de leur origine, à la région iliaque gauche, au périnée et aux cuisses. La saignée et les opiacés ne purent les faire cesser, mais les fomentations et un emplâtre avec le galbanum et l'opium apportèrent quelque soulagement. Si elles venaient à cesser, les mouvements du fœtus les faisaient recommencer bientôt. A la fin du huitième mois et au milieu du neuvième, la malade éprouva de fausses douleurs de travail, ressemblant à des coliques. William Hey, pratiquant alors le toucher, trouva le col utérin plus dur et plus long qu'il n'aurait dû être à cette époque de la grossesse. L'abdomen était développé jusqu'au niveau du milieu de l'espace qui s'étend entre l'ombilic et le creux de l'estomac, mais on ne pouvait reconnaître l'utérus en palpant l'abdomen. A la fin du neuvième mois les mouvements du fœtus cessèrent de se faire sentir, et l'on vit survenir les signes qui annoncent ordinairement qu'il a cessé de vivre; cependant les douleurs revenaient de temps en temps avec le caractère de vraies douleurs, mais sans produire aucun changement sur l'état de l'orifice utérin, bien que le col fût alors plus court que Hey ne l'avait trouvé au huitième mois. Il y eut, à plusieurs reprises, de légères hémorrhagies, ou un écoulement de sérosités sanguinolentes; mais ce qui tourmentait le plus la malade, c'était le fréquent vomissement de matières porracées : elle perdit successivement ses forces, tomba dans le marasme, et succomba environ trois mois après le terme naturel de la grossesse. A l'autopsie, on vit les intestins et l'épiploon adhérer tant entre eux et avec le péritoine qu'avec un grand sac particulier qui remplissait presque toute la cavité abdominale. Ce sac ayant été ouvert, il s'en écoula plusieurs mesures d'un liquide couleur chocolat, mêlé avec des matières purulentes. Les parois de ce kyste avaient une ligne et demie d'épaisseur. Sa surface externe était unie, sa face interne spongieuse, flo-

conneuse et comme rugueuse. Dans sa cavité existait un fœtus bien conformé et sans trace de putréfaction, dont le cordon ombilical passait par une ouverture étroite, dans une cavité ayant des parois de près d'un pouce d'épaisseur, mais beaucoup moins ample, située dans l'hypocondre et la région inguinale, et qu'un examen attentif fit reconnaître pour être l'utérus. C'est dans la cavité de cet organe qu'était contenu un placenta d'une épaisseur fort au-dessus de l'ordinaire, remplissant les trois quarts de la cavité utérine, et des bords duquel partaient les membranes qui, après avoir tapissé le reste de cette cavité, allaient former la paroi interne du grand sac précédemment décrit. C'était la trompe droite qui formait (pour la plus grande partie) ce kyste fœtal (*Medical observations and inquires by a Society of physicians in London*, t. III, p. 341-355).

Mais, si ces faits ne paraissent pas péremptoires à ces critiques sévères pour qui toute observation est sans valeur dès que sa date remonte au-delà du XIXe siècle, s'il leur faut absolument du nouveau, je puis leur en donner; voici une observation d'Hofmeister, qui n'est vieille que de quinze années :

Une femme de trente-huit ans, mère de cinq enfants, et qui, en dernier lieu, avait fait une fausse couche, devint valétudinaire, et tomba successivement dans un état qui ne lui permit plus de quitter le lit. Elle n'en devint pas moins enceinte. Le 23 juin 1821, elle fut prise de faibles douleurs d'enfantement; tout son corps s'était déformé dans sa maladie, et le bassin s'était rétréci au point de n'avoir pas un pouce de diamètre antéro-postérieur. Le ventre, tombant sur les genoux, rendait le toucher difficile. En explorant l'abdomen, on trouvait deux tumeurs sphéroïdales, qu'on aurait prises pour deux enfants, si ce n'est que l'une d'elles offrait moins de fermeté qu'une tête d'enfant. La malade succomba. Elle était sans doute à une époque avancée de la grossesse, puisque le docteur Hofmeister pratiqua bientôt après la gastrotomie, dans l'intention de sauver le fœtus. L'incision fut pratiquée à l'endroit où l'on sentait le plus distinctement la tête. L'abdomen ouvert, on trouva un kyste dans lequel était un fœtus mort, petit et mal nourri. La seconde tumeur que l'on avait sentie était l'utérus. On crut d'abord qu'il y avait eu rupture de ce viscère et passage du fœtus et de ses enveloppes dans l'abdomen, quoique la faiblesse des douleurs qui avaient eu lieu rendît cette opinion peu probable, mais on s'assura bientôt qu'il n'en était rien. Le cordon, partant de l'ombilic du fœtus, pénétrait dans la trompe droite, parcourait ce canal, et allait prendre racine sur le placenta, qui était dans l'utérus. La matrice embrassait le placenta si exactement qu'il était évident que le fœtus n'avait pu avoir place dans la même cavité. Les membranes fœtales, partant de la cavité utérine, allaient, parfaitement intactes, former le kyste indiqué, et envelopper le fœtus dans l'abdomen (*Rust's Magazin für die gesammte Heilkunde*, 1823, t. XV, p. 126-28).

Grossesses abdominales. — Nous arrivons au dernier genre de grossesses extra-utérines, à savoir, aux grossesses abdominales. Ce sont celles où le produit de la conception se développe dans la cavité du péritoine. Nous avons déjà dit qu'elles se distinguaient en grossesses abdominales primitives, et en grossesses abdominales secondaires. Dans celles-là, le produit de la conception n'a jamais eu d'autre domicile que la cavité abdominale; il a passé dans cette cavité au moment même où l'acte de la fécondation l'a mis hors de la vésicule où l'ovule s'était formé; dans la dernière, au contraire, le fœtus séjourna plus ou moins longtemps dans l'ovaire, la trompe ou l'utérus; l'excès de distension des parois de sa demeure, ou quelque altération de leur structure, en rompit la continuité, et il changea son domicile contre un domicile nouveau pris dans la cavité de l'abdomen.

Il n'est pas nécessaire de s'arrêter à réfuter les contestations élevées sur la réalité des unes ou des autres de ces grossesses; elle est établie avec la dernière évidence par des faits nombreux et bien précis; ces grossesses n'ont rien, d'ailleurs, qui ne s'explique d'une manière simple et naturelle. Ainsi, il y a des cas dans lesquels on a trouvé le fœtus et ses enveloppes dans la cavité abdominale, à une distance plus ou moins grande de l'utérus et de ses annexes, le placenta attaché à des organes dont la texture avait subi les modifications nécessaires pour les rendre propres à l'alimenter, et cela sans qu'il fût possible de trouver, en aucun point de l'appareil de la génération, la moindre trace du séjour qu'y aurait pu faire antérieurement le produit de la conception. Ce sont là les grossesses abdominales primitives, et les premières qui vont nous occuper.

SECTION PREMIÈRE.

Grossesses abdominales primitives. — Étudiées sous le point de vue de leur siége, elles ne peuvent fixer l'attention que relativement au lieu où s'est greffé l'ovule en s'échappant de son réceptacle, et par conséquent au lieu où le placenta pompe des sucs nutritifs pour l'alimenter. A ce titre, je citerai ici un exemple de l'adhérence la plus voisine du séjour normal où le produit de la conception aurait dû séjourner, et un exemple de la plus éloignée. Le premier cas se rapporte aux grossesses auxquelles on avait donné le nom de *grossesses ovariques externes, tubaires externes*, mauvaise dénomination, qui rapproche ces grossesses des grossesses tubaires et ovariques, dont elles diffèrent sous les rapports les plus importants, et les sépare des grossesses abdominales dans lesquelles le placenta ne touche ni la trompe ni l'ovaire, circonstance à peu près insignifiante, qui ne les empêche pas d'être identiques à tout autre égard.

Une femme de quarante-quatre ans, de New-Jersey, mère de trois enfants, dont le plus jeune avait vingt ans, redevint enceinte en décembre 1824. En janvier survinrent de violentes douleurs dans l'hypogastre, dans la région de la matrice, qui furent calmées, mais ne cessèrent pas. En mai, la femme déclara que les mouvements de son enfant se faisaient sentir exclusivement dans le côté droit. Le toucher n'apprit rien, et ne donna pas même des signes positifs de grossesse. En juillet la femme déclara que les mouvements de l'enfant continuaient à ne se faire sentir qu'à droite. Elle se plaignait d'une tumeur douloureuse à la partie antérieure du bas-ventre, qui fut reconnue plus tard pour être l'utérus augmenté de volume. Le 15 août au matin, survinrent des douleurs d'enfantement. W. Johnson reconnut une grossesse extra-utérine. Le doigt introduit dans le vagin sentait facilement la tête du fœtus, non à travers le tissu ferme et épais de la matrice, mais à travers une membrane de peu d'épaisseur. Le col de l'utérus, repoussé contre la face postérieure de la symphyse pubienne, était assez difficile à trouver. Son orifice était

assez dilaté pour admettre deux doigts. La tête du fœtus, située entre le rectum et le vagin, repoussait la matrice en haut et en devant. Dans le côté droit de l'abdomen existait une tumeur étendue en longueur, offrant une surface inégale; inégalité due aux membres du fœtus qu'on reconnaissait facilement en palpant la tumeur. Le côté gauche de l'abdomen était développé, mais mou. Les douleurs n'avaient aucune action sur l'orifice du col utérin; elles déterminaient, par la force expulsive des muscles abdominaux, un certain abaissement de la tête du fœtus. Elles cessèrent au bout de quelques heures et ne revinrent plus. Une consultation nombreuse eut lieu; on fut d'avis d'abandonner la malade à la nature. D'abord elle sembla aller mieux; plus tard survinrent tous les symptômes d'une inflammation profonde. Le fœtus parut avoir rompu ses enveloppes, car ses mouvements se firent aussi sentir dans le côté gauche. Après des alternatives de mieux et de pire, la malade succomba, environ six semaines après l'apparition des douleurs du travail. A l'ouverture de l'abdomen il s'écoula un liquide brunâtre. Le fœtus, enveloppé dans ses membranes, était placé dans les régions ombilicale et lombaire droites, la tête complétement plongée et enclavée dans le bassin. Les membranes n'étaient point déchirées, elles avaient leur épaisseur naturelle. Quand on les ouvrit, il s'échappa de leur cavité le liquide amniotique ordinaire. Le fœtus était de sexe féminin, bien conformé, pesant cinq livres trois onces, de vingt-un pouces et demi de long (mesure anglaise). Le cordon ombilical était long de deux pieds; le placenta, solidement attaché à l'ovaire gauche, au rectum et aux parties voisines, pesait une livre et demie. La cavité abdominale offrait des traces d'une forte inflammation.

Si l'on eût fait l'opération, dit Johnson, on n'aurait pu extraire le placenta sans produire de graves désordres (*The Philadelphia journal of the medical and physical sciences*, etc. *New series* 1825, t. 11).

Une femme qui avait eu trois fausses couches et n'avait jamais pu porter un enfant à terme, devint enceinte pour la quatrième fois. Elle eut ses règles pendant toute sa grossesse, mais en petite quantité. Elle n'éprouva aucune douleur, aucune incommodité, si ce n'est une sorte de tenesme et un peu de difficulté à rendre les selles. Les mouvements du fœtus, sentis par la mère, témoignaient de sa grossesse, et qu'elle portait un enfant vivant. Le travail se déclara au terme naturel. Les douleurs étaient bien des douleurs d'enfantement; elles durèrent pendant huit jours, et cependant l'accouchement n'eut pas lieu. Kelly, appelé au huitième jour, trouva la tête du fœtus plongée si profondément dans le bassin qu'il suffisait d'introduire le bout du doigt (une seule phalange) pour y atteindre. Mais ce n'était point à travers l'orifice de l'utérus qu'elle y était descendue, car cet orifice, placé à une grande hauteur, était tourné vers la symphyse du pubis, et ses lèvres, rapprochées l'une de l'autre, étaient dures et proéminentes; c'était entre la paroi postérieure du vagin et le rectum, de sorte qu'on pouvait la saisir entre deux doigts introduits l'un par l'anus, l'autre par la vulve. La tuméfaction de l'abdomen n'avait point des limites tranchées comme quand le fœtus est renfermé dans la matrice. Les médecins appelés en consultation ne purent tomber d'accord sur la convenance d'une opération qui aurait consisté à faire une incision au vagin pour extraire le fœtus. Une sage-femme, venue après eux, prenant cette paroi du vagin pour la poche des eaux, fit de vains efforts pour la déchirer avec l'ongle; la malade mourut peu de temps après. L'autopsie fut faite à la hâte par Kelly. Il trouva l'utérus repoussé en haut contre les pubis, vide et de grandeur naturelle. Le fœtus était dans l'abdomen, la tête dans le cul-de-sac formé par le péritoine entre le rectum et le vagin, les pieds vers le creux de l'estomac. Il était bien constitué et sans nulle trace de putréfaction. Le placenta adhérait dans le côté droit au péritoine, au mésentère, au ligament large de l'utérus, et il y était fixé plus solidement qu'il ne l'est ordinairement dans l'utérus. Il avait aussi un volume double de celui qui lui est ordinaire. La trompe de ce côté était parfaitement saine et ne présentait aucune trace de lésion antérieure (*Medical observations and inquieries by a society of physician, in London*, t. III. 1767, p. 44, *recens. in comment. de rebus in med. gestis*. t. XVI. p. 132).

Dans les deux cas précédents l'œuf a pris racine tout près des organes dans lesquels il aurait dû se développer; le kyste tenait à l'ovaire ou au ligament large. Il me reste à citer, comme je l'ai annoncé, quelques cas où le produit de la conception soit allé se greffer à une distance plus ou moins considérable. Courtial a vu le placenta attaché au-dessous du colon transverse, dans la région supérieure de l'abdomen. Osiander, dans le cas de grossesse extra-utérine pour lequel il pratiqua la gastrotomie (obs. rapportée plus loin), trouva le placenta fixé à la paroi antérieure de l'abdomen. On l'a trouvé souvent greffé sur le péritoine qui tapisse l'une ou l'autre des fosses iliaques ou qui recouvre les muscles psoas et sur les gros intestins correspondants.

Dans le cas de Turnbull (*Memoirs of med. soc. of London*, t. III), ce n'était point un placenta à proprement parler, mais une multitude de radicules vasculaires qui fixaient le produit de la conception à tous les intestins au milieu desquels il s'était développé. Dans un cas observé par T. K. Schulze, médecin pensionné des districts de Soloer et Outhal, et dont on peut lire la relation, traduite du danois par Schonberg, dans le journal d'Hufeland (1829, t. LXI; voyez aussi Kleinert, *Repertorium*, 1829, avril, p. 116), le placenta était fixé au mésentère. Tous ces faits sont remarquables à d'autres titres que celui du siége de l'œuf, de même que divers autres cas que je pourrais citer; il serait par conséquent déplacé de les consigner ici; il suffit d'en avoir fait mention en passant.

SECTION II.

Grossesses abdominales secondaires — J'aurai peu de chose à dire ici de ces dernières, puisque les grossesses extra-utérines ne sont envisagées dans ce paragraphe que sous le point de vue de leur siége, et que les particularités qu'elles peuvent offrir sous ce rapport se rattacheront plus utilement aux chapitres de leur marche, de leur traitement et de l'anatomie pathologique. Un seul point demanderait des développements. Tout le monde convient que dans les grossesses ovarique, tubaire, le kyste peut se déchirer, le produit de la conception passer dans l'abdomen, la femme surmonter tous les dangers que cet accident entraîne, et voir se perpétuer des années son nouveau genre de gestation. Mais cela n'est-il possible qu'à la suite des grossesses extra-utérines? le même cas ne pourrait-il pas avoir lieu à la suite d'une rupture de l'utérus dans une grossesse normale? M. Guillemot l'a contesté dans ces derniers temps.

Nous conviendrons qu'il a parfaitement démontré qu'une foule de cas, qu'on avait regardés comme des exemples de ruptures utérines avec passage du fœtus dans l'abdomen, n'étaient en réalité que des grossesses extra-utérines. Mais nous croyons pouvoir démontrer d'une manière irréfutable par des faits, assez nombreux, qu'il n'en est pas toujours ainsi; que la rupture de l'utérus avec passage du fœtus dans le ventre, abandonnée aux ressources de la nature, n'est pas un accident constamment mortel, que des gestations abdominales plus ou moins prolongées reconnaissaient véritablement cette origine. Mais cette discussion exige des développements qui allongeraient beaucoup trop cet article, déjà étendu; nous la réservons pour celui qui sera consacré aux ruptures de l'utérus.

Tout ce qu'on ajoutera, pour mettre fin à cette section, ce sera l'observation suivante de Bright, exemple d'une grossesse tubaire devenue grossesse abdominale.

Une femme de vingt ans, reçue à l'hôpital de Guy, à Londres, présentait des symptômes qu'on ne savait à quoi rapporter, quoiqu'on vît bien qu'ils ne dépendaient de la désorganisation d'aucun viscère de la poitrine ou de l'abdomen. Sa maladie datait de six mois, mais elle avait pris depuis trois semaines un caractère plus violent. Le symptôme le plus constant était une évacuation fréquente d'une substance coagulée brune. Il y avait aussi de la dyspnée, et assez souvent une vive sensibilité de l'abdomen. La malade mourut dix-sept jours après son entrée à l'hôpital. A l'autopsie on trouva dans l'abdomen de nombreuses adhérences qu'on reconnaissait pour être plus ou moins anciennes les unes que les autres; dans le côté gauche de la région inférieure de cette cavité, les adhérences étaient si nombreuses et si étendues qu'elles circonscrivaient une cavité complète entre la courbure iliaque du colon, le rectum, la vessie et les parois antérieure et latérales de l'abdomen, cavité dans laquelle se trouvait un fœtus bien conformé d'environ trois mois, avec son placenta. Cette cavité communiquait par deux ouvertures avec le rectum et la courbure iliaque du colon. L'utérus était sain et sans vestige d'épichorion; l'une des trompes formait un sac, à parois minces, déchirées, et affaissées sur elles-mêmes, traces évidentes du séjour dans lequel s'était antérieurement développé le fœtus. (Bright, Obs. ext. dans *Froriep Notizen aus dem Gebiete der natur und Heilkunde*, t. XXIV; et *Kleinert, Repertorium*, etc. 1830, *avril* p. 94),

Après avoir étudié les grossesses extra-utérines relativement au siége de leur développement, après avoir considéré chacune d'elles d'une manière absolue, pour établir la possibilité et les conditions fondamentales de son existence, il conviendrait de les envisager simultanément pour déterminer leurs rapports de fréquence et de dépendance. Mais ce parallèle exigerait un examen critique préalable de tous les faits publiés jusqu'ici, qu'il serait nécessaire d'y faire entrer; et parmi cette multitude d'indications fausses dont fourmillent les bibliographies, d'observations tronquées ou altérées qui se rencontrent dans tant d'ouvrages qui passent pour savants, un pareil examen demanderait beaucoup de temps. Ne pouvant entreprendre de le faire ici, j'indiquerai du moins une partie des sources où il faudra puiser pour en recueillir les matériaux. En attendant, je passe au second paragraphe de cet article, à l'anatomie pathologique.

§ II. ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

L'exposé des notions acquises sur les grossesses extra-utérines par les recherches d'anatomie pathologique se partage naturellement en celles relatives au produit de la conception et en celles relatives aux parties de la mère. Nous suivrons cette division.

SECTION PREMIÈRE.

Anatomie pathologique du produit de la conception. — Ordinairement dans les grossesses extra-utérines l'œuf a ses membranes propres, le chorion et l'amnios, et son placenta quand l'embryon n'a pas péri dès les premiers temps de son existence. Les exceptions, dans les cas mêmes où la grossesse n'est pas fort ancienne, comme on en voit des exemples dans les observations de Patuna, de Courtial, de Félix Pascalis, sont fort rares; elles deviennent au contraire la règle pour les cas où la grossesse a duré des années. Dans deux sortes de grossesses extra-utérines, la grossesse sous-péritonéo-pelvienne et la grossesse abdominale secondaire, il y a, outre le chorion et l'amnios, une troisième enveloppe qu'on pourrait, sous certains rapports, considérer comme l'analogue de la caduque, à savoir, le kyste pseudo-membraneux qui a constitué de toutes pièces une cavité pour loger le produit de la conception égaré. Dans la grossesse abdominale, le placenta est ordinairement plus large et plus mince que dans l'état naturel, et les vaisseaux sont beaucoup plus petits, sans doute parce que les organes sur lesquels il s'implante ne peuvent subir qu'incomplétement les modifications qui seraient nécessaires pour fournir abondamment à la nutrition du fœtus et de ses annexes. *Voyez* les *Observations* de Krohn (*Fœt. extr. ut. hist.* Londres, 1791); Galli (*Comm. bonon.*, t. II), Gualandri (*in Kühn und Weigel ital. Biblioth.*, t. II). Néanmoins cette règle n'est pas tellement absolue qu'on n'ait vu précisément le contraire, comme dans le cas de Kelly, que nous avons rapporté, et dans ceux de Schweighænser (*Das Gebähren*, etc.); Wishart (*Philad. journ. of. med. sc. New series*).

On trouve *assez souvent*, disent les auteurs, dans les grossesses abdominales, l'équivalent de la membrane caduque dans le kyste qui enveloppe l'œuf de toutes parts, et qui s'est formé par l'établissement des adhérences des viscères entre eux, et par l'exsudation d'une fausse membrane à leur surface, qui s'est organisée successivement, et qui a fini, dans certains cas, par acquérir l'aspect de la face interne de l'utérus lui-même. *Assez souvent*, c'est l'expression dont ils se servent, et ils ne déterminent point sous quelles conditions cela a lieu, s'il y en a de constantes, ou si c'est le résultat des caprices du hasard. Eh bien! non, ce n'est point le hasard, c'est-à-dire un mot, qui préside à ce phénomène; il a ses lois comme tous les autres, et des lois auxquelles peu d'exceptions viennent déroger. Or ces lois les voici: c'est que, dans la grossesse abdominale primitive, il n'y a généralement point de kyste pseudo-membraneux, et qu'il y en a toujours dans la grossesse abdominale secondaire. Cette loi, je la tire des faits, et je n'ai pas besoin de la démontrer autrement qu'en renvoyant aux faits; mais je ne puis m'empêcher de faire remarquer combien elle est simple et naturelle, et comment on aurait pu être porté à la supposer avant de l'avoir découverte. En effet, quand l'ovule fécondé

s'égare dans la cavité abdominale aussitôt après s'être séparé de l'ovaire, on devine aisément qu'un corpuscule aussi peu volumineux, aussi souple, aussi fragile, ne peut provoquer qu'une excitation bien légère sur le point sur lequel il s'arrête, et que le champ de cette excitation ne doit pas dépasser les limites du contact du petit corps étranger. Il est même certain que ce n'est que par un point de sa périphérie qu'il s'attache d'une manière intime avec l'organe sur lequel il sera désormais greffé. Assurément la présence d'un corps tel qu'un ovule, en quelque lieu qu'il se trouve, n'est pas capable d'y provoquer une inflammation aiguë, des adhérences et une exsudation plastique susceptible de former un kyste autour de lui ; et, s'il provoquait cette inflammation, ces adhérences, cette exsudation pseudo-membraneuse, il y serait immanquablement étouffé. Mais, s'il n'a pas produit tous ces désordres, implanté sur une racine qui assure sa vie, quel que soit l'organe auquel il se soit attaché, il y a désormais droit de domicile ; il vivra, se conservera, grandira parmi les organes qui l'entourent sans les blesser et sans en être offensé ; présentant aux surfaces polies et humides qui le touchent une surface également polie et humectée à leurs dépens, il n'a pas besoin d'autre enveloppe protectrice.

Ainsi donc, dans la grossesse abdominale primitive, il n'y pas de kyste enveloppant l'œuf, et il ne devait pas y en avoir.

Dans la grossesse abdominale secondaire, au contraire, ce kyste existe, et il était inévitable.

En effet, qu'un corps étranger, venant du dehors, qu'un épanchement sanguin, suite d'une blessure, arrive tout à coup dans un point quelconque de la cavité abdominale, tout le monde sait que le résultat de l'irritation qu'il provoque autour de lui sera d'enflammer toutes les surfaces qui le touchent, de faire adhérer les uns avec les autres les divers organes qui y aboutissent, et de faire exsuder sur cette surface une lymphe concrescible, organisable, qui passera successivement, si la durée de la maladie le permet, par tous les degrés d'organisation nécessaires pour en faire en dernier lieu un kyste complet et résistant, qui mettra désormais les organes à l'abri de l'action funeste d'un corps dont ils ne peuvent supporter le contact. Eh bien ! c'est là l'histoire de ce qui se passe dans les grossesses abdominales secondaires. Si l'ovaire, la trompe ou l'utérus, siége primitif du développement de l'œuf, viennent à se rompre subitement, le sang, les membranes, le fœtus qui s'en échappent, et qui pénètrent à travers les viscères de l'abdomen, y doivent inévitablement produire tous les phénomènes qui viennent d'être énumérés. Que si la rupture est moins brusque, deux cas peuvent avoir lieu, et, dans l'un comme dans l'autre, un kyste s'organisera, dans lequel séjournera le produit de la conception après son changement de domicile.

Premier cas. Si une légère crevasse a lieu, du sang s'en échappera, et l'on sait que le sang suffit pour déterminer le travail adhésif exsudateur et organisateur. Pour ne pas multiplier inutilement les citations, on voit l'exemple de ces phénomènes trois fois répétés dans un même cas, dans l'observation de Clarke, publiée dans le premier volume des *Actes de la société de Londres pour les progrès de la médecine et de la chirurgie.*

Deuxième cas. Lorsque l'organe gestateur primitif atteint, avant de se déchirer, un développement considérable, l'excès d'extension peut altérer ses parois, y déterminer une inflammation qui se propage au péritoine des environs, et aux organes en contact avec eux; des adhérences s'établissent, et déjà, avant que le produit de la conception se déplace, existent les éléments d'un kyste abdominal tout voisin de celui qui va se rompre, lié à lui, qui conservera ses rapports, et qui peut avoir pour résultat, comme on l'a vu dans quelques cas, d'empêcher, au moment où la trompe se déchire, la dispersion des eaux amniotiques, le déplacement trop considérable des membranes de l'œuf, l'arrachement du placenta qui en aurait été la suite; qui peut par conséquent empêcher que le fœtus ne périsse dans cette catastrophe.

Un *troisième cas* est possible, à savoir, que l'œuf lui-même d'une grossesse abdominale primitive se déchire à une époque assez avancée de son développement, et que du côté, et autour de la déchirure, se forme un kyste nouveau, ayant avec les membranes de l'œuf les mêmes rapports que nous signalions à l'instant entre le kyste pseudo-membraneux et la trompe déchirée. Je dis que le cas est possible, et je ne le dis que parce que j'en puis citer un exemple bien positif et bien authentique. Je le dois à l'amitié de M. P. Dubois. Ce fait, unique, est trop précieux pour que je ne le donne pas avec ses détails.

Une femme, de trente-six ans, d'une constitution délicate, enceinte pour la seconde fois, et parvenue au terme de sa grossesse, fut transportée à l'hospice de la Maternité, le 1er août 1831, pour y recevoir les secours que sa santé, fort altérée, paraissait rendre nécessaires : la grossesse de cette femme avait été très-pénible ; l'abdomen était depuis les premiers mois le siége d'une vive douleur, qui s'était aggravée à mesure que la gestation approchait de son terme ; la malade, quand elle réclama nos soins (c'est M. P. Dubois qui parle), se trouvait dans un état de faiblesse et de maigreur extrêmes; la peau était très-chaude, le pouls très-fréquent, la face profondément altérée, l'abdomen très-développé et fort douloureux à la moindre pression : une diarrhée considérable et des vomissements abondants de matières vertes compliquaient cet état de choses : enfin cette femme offrait toutes les apparences et tous les symptômes d'une inflammation péritonéale. En explorant l'abdomen avec précaution, il était facile de distinguer deux tumeurs séparées, l'une dans la fosse iliaque droite, l'autre dans la région gauche de la cavité abdominale. Cette dernière semblait flottante au milieu d'un liquide abondant. La malade se plaignait d'éprouver de ce côté la sensation d'un ballottement et d'un poids fort incommodes ; le col de l'utérus, facilement accessible au doigt, paraissait plus volumineux qu'il ne doit être dans l'état de vacuité de l'organe ; mais il n'offrait pas les apparences que comportait l'époque de la grossesse à laquelle cette femme disait être parvenue. Nous recherchâmes, à l'aide du stéthoscope, les doubles battements du cœur du fœtus ; nous ne les entendîmes en aucun point de la région abdominale antérieure, et nous présumâmes qu'il était mort. Cette malade vécut encore douze jours dans le même état de souffrance et d'épuisement ; elle succomba le 24 août, malgré tous les soins qui lui furent donnés par notre collègue, M. le professeur Moreau.

L'autopsie eut lieu vingt-quatre heures après la mort; mais avant d'y procéder nous fûmes frappés, en palpant l'abdomen, de la facilité avec laquelle on pouvait atteindre le fœtus, et de l'amincissement extrême des

parois qui l'enveloppaient. Notre première pensée fut qu'il était passé dans la cavité abdominale par une rupture spontanée de l'utérus, et les accidents qui avaient précédé la mort semblaient justifier cette opinion. A la première incision des parois abdominales, il s'écoula une très-grande quantité de liquide sanguinolent d'une couleur foncée, et quand l'ouverture des parois fut complète il devint évident que le fœtus se trouvait placé dans la cavité abdominale elle-même; il paraissait parvenu au terme de son développement complet, il était même volumineux, car il pesait sept livres, et était parfaitement conformé; il n'offrait encore aucune trace évidente de putréfaction, sa situation était telle que sa tête occupait la partie supérieure et gauche de la cavité de l'abdomen; et son extrémité pelvienne répondait auprès de l'entrée du bassin; le dos était tourné vers le côté droit, et la région antérieure vers le côté gauche. Le cordon ombilical, très-gros, partait de l'abdomen du fœtus, se rendait à la fosse iliaque droite et s'insérait sur le centre d'une masse molle, vasculaire, fort épaisse, qui n'était autre chose que le placenta; par sa face interne ou abdominale, cet organe recevait les vaisseaux ombilicaux qui y offraient leurs divisions et leur distribution normales; par sa face externe ou iliaque, il reposait sur la fosse iliaque droite qu'il occupait en totalité; il était appliqué par conséquent sur les muscles psoas et iliaque, et sur une partie du cœcum, qui semblait avoir été déplacé et repoussé en haut, ou, pour parler plus exactement, sur le péritoine qui recouvre ces organes, et y adhérait par un tissu cellulaire assez serré. Cette surface adhérente du placenta était d'ailleurs enveloppée par une membrane dense, comme fibreuse, dans l'épaisseur de laquelle il était facile d'apercevoir un tissu vasculaire d'apparence érectile; enfin la nature semblait avoir remplacé par cette création l'appareil vasculaire des parois utérines avec lesquelles cet organe aurait dû se trouver en rapport.

Le kyste, dans lequel était renfermé le fœtus, était formé par une membrane dont l'aspect et la structure n'étaient pas les mêmes partout; dans la plus grande partie de son étendue la surface interne du kyste était d'une couleur un peu brune, qu'elle devait peut-être à l'imbibition du liquide avec lequel elle s'était trouvée en contact; là elle offrait au toucher et à la vue l'apparence de la membrane muqueuse de l'intestin grêle; ou plutôt encore celle des membranes accidentelles qui tapissent les trajets fistuleux. Dans d'autres points, ceux, par exemple, qui étaient voisins de la surface du placenta, et sur la plus grande partie de cette surface elle-même, le kyste était plus lisse, plus poli; il offrait, en un mot, l'aspect ordinaire de l'amnios. La surface extérieure de ce sac, au reste, tapissait les intestins, le mésentère, la vessie, la matrice, les ligaments larges, une partie du bassin et la paroi abdominale antérieure; il adhérait assez solidement au péritoine, sur lequel il était placé, et quand on l'en séparait à l'aide de quelques tractions, on trouvait alors au-dessous de lui le péritoine intact et dont la couleur était altérée et un peu brune; le kyste était simple, et épais d'un quart de ligne à peu près, là où il offrait l'aspect un peu brun et comme villeux dont nous avons parlé; il était, au contraire, évidemment composé de deux feuillets (*chorion et amnios*) là où sa surface était lisse et polie. L'utérus, un peu plus volumineux qu'à l'ordinaire, était renfermé tout entier dans l'excavation du bassin; sa surface antérieure était en partie recouverte par le kyste dont nous avons parlé; sa cavité contenait quelques lambeaux membraneux gélatiniformes qui se déchiraient avec la plus grande facilité. Les ligaments larges et les trompes étaient, comme l'utérus, enveloppés ou doublés extérieurement par la membrane qui constituait le kyste fœtal; la trompe droite était complètement indépendante du placenta, mais il n'en était pas de même de l'ovaire de ce côté, qui était fixé à un point de la circonférence de cet organe temporaire par quelques adhérences qui nous ont paru celluleuses comme celles par lesquelles le placenta était attaché lui-même à la fosse iliaque. Nous n'avons pas trouvé les traces d'inflammation péritonéale que les symptômes précurseurs de la mort nous avaient fait supposer; les intestins grêles, l'arc transverse du colon, et le grand épiploon refoulés vers l'hypocondre gauche, se trouvaient réunis et comme confondus en une seule masse par des adhérences qui paraissaient dater d'une époque déjà éloignée.

Quels commentaires, ajoutés à ce fait, pourraient exprimer plus clairement que ce fait lui-même, la vérité du principe que nous avons posé plus haut, qu'il n'y a point de kyste pseudo-membraneux autour de l'œuf dans la grossesse abdominale primitive, et qu'il y en a dans la secondaire? Ces deux sortes de grossesses existent simultanément dans ce cas; eh bien! dans ce qui reste de la grossesse abdominale primitive, dans la portion de l'œuf qui n'a été déchirée ni déplacée, les membranes de l'œuf adhèrent au péritoine sans nul intermédiaire; dans l'autre portion, au contraire, du côté où les membranes se sont déchirées, à une époque indéterminée de la grossesse, et par où il s'est opéré un déplacement partiel de leur contenu, un kyste pseudo-membraneux s'est formé et organisé de toutes pièces.

Nous n'avons plus rien à ajouter sur l'anatomie pathologique des enveloppes du fœtus, dans les grossesses extra-utérines, si ce n'est pour dire que les états qui viennent d'être décrits sont ceux qu'elles présentent pendant un temps plus ou moins long, mais qui n'excède pas beaucoup celui d'une grossesse naturelle. Quand la grossesse extra-utérine se prolonge, tantôt ces enveloppes se détruisent, soit en partie, perforées qu'elles sont par des trajets fistuleux, des ouvertures qui les font communiquer avec le canal intestinal, avec des abcès, avec le vagin, avec la vessie, avec l'utérus, soit même en totalité, au point que, dans certains cas, on n'en ait pas retrouvé de vestiges. D'autres fois, les enveloppes subissent des transformations ossiformes, crétacées, qui peuvent en faire des coques très-solides, très-résistantes.

L'anatomie pathologique du fœtus demanderait des détails beaucoup plus étendus; mais ici nous sommes forcés d'abréger. Ordinairement il n'offre rien de particulier, et l'on trouve qu'il s'est développé comme il aurait pu faire dans une grossesse régulière. Les cas où il a présenté quelque monstruosité, comme ceux d'Osiander, de Müller (*Act. acad. nat. curios.* t. v, obs. 42) de Myddleton (*Philos. transact*, n° 475), sont des cas rares. Assez souvent il a étonné l'observateur par l'état de fraîcheur et de conservation de toutes ses parties. En disséquant un fœtus emprisonné depuis trois, quatre, six, dix ans, dans le ventre de sa mère, on était émerveillé de trouver des muscles qu'on aurait cru appartenir à un enfant mort de la veille. Les viscères étaient moins bien conservés, et le cerveau, par exemple, n'offrait plus de trace d'organisation. Un fait observé par

un trop grand nombre d'auteurs chez des fœtus de plusieurs années, pour qu'on puisse n'y voir qu'un simple effet du hasard, c'est un degré de développement du système osseux plus avancé qu'il n'est naturellement chez le fœtus de neuf mois, ou l'existence de plusieurs dents, ou les traces d'un travail d'éruption de ces petits os. Je reviendrai plus tard sur ce fait. Quant aux altérations diverses que le fœtus peut subir, la plus commune est la fonte putrilagineuse de ses parties molles macérées dans un mélange de liquide amniotique, de sang corrompu et de pus, la séparation des diverses pièces de son squelette, et leur sortie par diverses voies. Un autre état dans lequel le fœtus s'est présenté dans les grossesses extra-utérines, c'est une sorte de momification, un desséchement complet, par suite duquel il occupait le moins d'espace possible pour un être de son âge et de sa taille.

Enfin le fœtus, comme ses enveloppes, et plus souvent qu'elles, éprouve des transformations plus ou moins complètes en une masse crétacée, en gras de cadavres, ou, ce qui est plus rare, en une masse osseuse.

« En ouvrant le cadavre d'une femme âgée de soixante-dix-huit ans, je trouvai, dit M. Mojon, dans la cavité abdominale une tumeur qui occupait la moitié droite du petit bassin, et adhérait intimement, par un tissu cellulaire épais, à la vessie, au vagin et à la matrice. La membrane qui formait l'enveloppe extérieure de cette tumeur avait un centimètre d'épaisseur, et était presque cartilagineuse; elle n'avait aucune communication avec les parties adjacentes. L'ayant ouverte, je vis, non sans étonnement, qu'elle contenait un fœtus entièrement ossifié, qui conservait la forme et la grandeur naturelles d'un fœtus de trois mois environ. L'examen le plus attentif ne me fit rien découvrir qui pût m'indiquer si ce fœtus s'était détaché de l'ovaire ou de la trompe de Fallope, ou s'il était sorti de la matrice ou du vagin par une rupture particulière. » (*Biblioth. méd.*, t. XXXIII, p. 411.)

La transformation crétacée du fœtus, ailleurs que dans les grossesses abdominales, est fort rare; néanmoins elle a été observée dans la grossesse tubaire; le professeur Pfeffinger en avait recueilli un cas qui fut publié par Fritze, dans sa dissertation inaugurale. (*Dis. sist. obs. de concept. tubar. cum epicrisi, etc.* Strasbourg, 1779, et dans Schlegel, *Syllog. opuscul.*)

Les cas de transformation osseuse, crétacée, ou en gras de cadavre, se rapportent essentiellement aux grossesses abdominales. Des cas, au contraire, qui se rapportent exclusivement aux grossesses ovariques sont ceux où le fœtus ne se développe que très-imparfaitement, au point qu'on a peine à le reconnaître dans les rudiments informes que l'on trouve à la dissection. Ces cas conduisent à parler des fausses grossesses de l'ovaire, avec lesquelles on pourrait les confondre, c'est-à-dire du développement dans cet organe de masses de cheveux, de dents, de productions osseuses, développement qu'on attribua à des produits de conception avortés jusqu'à ce que l'observation en eût fait rencontrer chez des petites filles dont l'âge excluait toute idée de conception antérieure (Baillie). Mais la limite est difficile à trancher entre ces cas, et il est des faits qui mettent dans l'embarras de savoir s'il faut les rapporter à des grossesses de l'ovaire, ou à des erreurs de la force plastique propre à cet organe. Tels sont les faits suivants, pour n'en pas citer un grand nombre d'autres du même genre.

L'Histoire de l'Académie des sciences pour 1695 contient une des premières observations de cette espèce, de Méry. Il avait trouvé dans l'ovaire d'une femme, qui était abcédé, un os de la mâchoire supérieure avec plusieurs dents si parfaites que quelques-unes parurent avoir plus de dix ans.

Le même recueil, pour l'année 1743, contient l'observation de le Riche, chirurgien-major à Strasbourg, qui trouva dans les deux ovaires d'une femme, mais surtout dans un, une masse de cheveux, de matière suiffeuse et des os, portant plusieurs dents, enchâssées comme dans des alvéoles.

Theroulde, chirurgien de Paris, montra, en 1690, à l'Académie des sciences, une masse informe qu'il avait trouvée dans l'ovaire droit d'une fille de dix-huit ans. C'était une espèce de tête d'enfant. On y remarquait deux fentes ouvertes, comme deux paupières, longues de deux lignes et d'une ligne de profondeur; elles étaient garnies de poils; les glandes ciliaires étaient plus apparentes à la paupière inférieure qu'à la supérieure. Au-dessus de ces paupières était une espèce de front avec une ligne noire à la place des sourcils. Immédiatement au-dessus naissaient des cheveux châtains ramassés en un cordon long de sept pouces. Ce cordon allait s'envelopper dans un autre paquet de cheveux de même couleur fort mêlés ensemble. Celui-ci avait environ trois pouces de long et un pouce et demi de diamètre. Au-dessous du grand angle de l'œil, environ deux lignes plus bas, sortaient deux dents molaires dures, grosses et blanches; elles étaient avec leurs gencives, avaient environ deux lignes de longueur, et étaient éloignées l'une de l'autre d'une ligne. Une troisième dent, plus grosse, sortait au-dessous de ces deux-là; il paraissait encore d'autres dents à des distances diverses les unes des autres et de celles dont nous venons de parler. Deux entre autres, de la nature des canines, sortaient d'une ouverture placée à l'endroit à peu près où est l'oreille. Cette masse était adhérente en deux endroits à la membrane de l'ovaire.

Je dis que la nature de ces cas est fort incertaine, et la présence de dents ne peut point être considérée comme une circonstance décisive, comme une preuve d'une conception dont elles seraient le résidu, ainsi que quelques auteurs l'ont prétendu; car le nombre des dents trouvées en certains cas dans l'ovaire dépasse tout ce qu'on peut attendre de la fécondation d'un ou plusieurs ovules, puisque ce nombre s'est élevé, par exemple, dans un cas dont l'authenticité est bien établie, jusqu'à plusieurs centaines.

DEUXIÈME SECTION.

Anatomie pathologique de la mère. — Après avoir exposé les résultats de l'anatomie pathologique du produit de la conception, passons à la description de l'état des parties de la mère. Je ne dirai rien de ceux des viscères abdominaux qui entourent le kyste fœtal, et qui n'ont avec lui que des rapports de voisinage; rien de l'aspect de la tumeur régulière ou irrégulière qu'il peut former, des déplacements qu'il détermine dans divers organes, etc. Sur tous ces points, les faits rapportés dans cet article fournissent des documents qu'il serait difficile de résumer. Je ne parlerai que d'une condition essentielle et fondamentale de la grossesse extra-utérine, à savoir, des modifications qu'éprouvent les parties auxquelles l'œuf s'est attaché, pour devenir propres à lui

fournir les éléments de sa croissance. Eh bien ! quelque peu vasculaires que soient naturellement ces parties, on voit des canaux sanguins volumineux s'y développer, de grosses veines ramper sous le péritoine au pourtour du lieu où est greffé le placenta ; l'ovaire, la trompe, quand ils sont le siège de la grossesse, présenter un tissu mou, comme fongueux, imprégné de sang ; la surface de tout autre organe où puisse adhérer l'œuf, quand la grossesse est abdominale, offrir une sorte de réseau vasculaire érectile, sur lequel le placenta est implanté.

Outre les changements qui se passent dans l'état ou l'organisation des parties dans lesquelles est enclos le produit de la conception, et sur lesquelles est greffé le placenta, l'organisation de la femme éprouve encore de notables modifications dans l'appareil générateur. Dès l'époque où les grossesses extra-utérines commencèrent à être connues, on sut que la matrice ne restait point, pendant leur durée, pareille à ce qu'elle est dans l'état de vacuité. Un accroissement remarquable dans son volume fut noté par Jouy (Dionis, *Anatomie de l'homme*, p. 318) ; de Saint-Maurice (*Journ. de méd. de Delarocque*) ; Mercière (*Riolan antropographie*, liv. II, chap. 36) ; Saviard (*Obs. de chir.*, 351) ; Santorini (*Observationes anatomicæ*) ; Duverney (*OEuvres anatomiques*, t. II, p. 356, 359, 361, 362, 364, dans cinq cas). Bochmer (*Observationum anatomic. varior. fascicul*, Halle, 1752, p. 27, fascicul. II. 1758, p. 14) observa dans deux cas l'augmentation du volume de la matrice, son tissu plus spongieux, plus pénétré de sang, sa cavité tapissée par une couche pseudo-membraneuse. Levret prit soin de noter l'accroissement de volume de l'utérus (*Observ. sur les accouch. laborieux*, part. II, p. 427, 4e éd.) ; mais ce fut Hunter qui enseigna le premier, d'une manière positive, que, outre les changements que subit la matrice, comme dans une grossesse naturelle, il se forme dans son intérieur une membrane tout à fait semblable à *la caduque* (Baillie).

Depuis, le fait fut constaté par Clarke (*Transact. of a soc. for improvement*, etc., t. I, p. 219), Meckel, l'aneien (Weinknecht, *Diss. de concept. extra-uter.* ; Halle, 1791) et une foule d'autres. Aussi on a lieu d'être surpris de lire dans Baudeloque la phrase suivante (*l'Art. des acc.*, t. II, p. 447) : « En admettant que le volume de la matrice augmente dans la grossesse extra-utérine, comme l'annonce Levret, d'après un seul » fait, cette augmentation ne doit être bien apparente » qu'autant que le placenta a quelque rapport avec ce » viscère. » Et l'on s'étonne bien plus encore de trouver dans le Traité d'accouchements publié le plus récemment en France, le passage que voici : « En général, les organes sexuels s'éloignent peu de leur état » naturel quand le kyste fœtal n'est pas dans la trompe » et ne contracte pas d'adhérence avec la matrice. A » ce sujet, l'observation recueillie par M. de Bouillon » ne doit être considérée que comme une exception » peu commune. »

En effet, depuis Baudelocque, la justesse des assertions de Hunter a été confirmée par un nombre trop considérable d'observations pour qu'il soit possible de les indiquer ici. Les exceptions, au contraire, peuvent être comptées parmi les cas rares.

Il n'est pas inutile de dire que, dans quelques cas, la membrane caduque, expulsée pendant le faux travail qui s'établit au terme de la grossesse, a pu être prise pour un placenta, comme dans les observations de Mercière (*loc. cit.*), de Duverney (*loc. cit.*), de Turnbull (*Memoirs of medical society of London*, t. III, p. 231-37) ; et que, dans d'autres cas, des hémorrhagies plus ou moins considérables, s'étant répétées à divers intervalles durant la grossesse, ont entraîné successivement par parties toute la caduque, de sorte qu'il n'en restait plus de vestige, soit à l'époque du terme, soit même auparavant.

Clarke est le premier qui ait noté l'existence, dans le col de l'utérus, d'une substance gélatineuse ; circonstance également très-souvent vérifiée depuis.

L'état de l'utérus que l'on vient de décrire ne se prolonge pas ordinairement beaucoup plus longtemps que ne doit durer naturellement la grossesse ; ce viscère revient peu à peu à l'état qui lui est ordinaire pendant sa vacuité. Turnbull a constaté ce retour, dans un cas, six mois après le terme naturel de la grossesse (*op. cit.*, p. 200) ; Ramsey au bout de trois mois (*Medical repository*. hexade II, vol. 1. New-York, 1814, p. 221-28), de sorte qu'il n'y a pas lieu de s'étonner que l'utérus ait été trouvé avec les caractères qu'il offre en état de vacuité, dans une grossesse extra-utérine de vingt-deux ans, par Walter (*Mém. de l'Acad. roy. des sc. de Berlin*, 1777) ; de seize ans, par Fothergill ; de quatorze ans, par Bianchi (*De naturali et vitiosa generat.*, etc., p. 170) ; de six ans, par Lospichler (*Act. acad. nat. curios.*, t. IV, p. 92), de trois ans, par Boucquet (*Recueil périodique de la soc. de méd.*, t. XIII, p. 66).

Au reste, il paraît y avoir beaucoup de variations à cet égard, et l'on ne peut déterminer rien de précis.

§ III. *Marche des grossesses extra-utérines.*

Si l'on excepte les assertions peu circonspectes de quelques dogmatistes hardis, la plus grande partie de ce qui a été écrit sur la marche des grossesses extra-utérines n'aboutit qu'à déclarer qu'aucun signe ne peut faire connaître l'existence de ces grossesses du vivant de la femme qui les porte. Et si l'auteur sort de cette excessive réserve, où il a voulu laisser lire moins son ignorance des faits connus qu'une négation formelle de toute science sur ce point, c'est pour énoncer des assertions purement hypothétiques, tout en laissant en oubli le petit nombre de notions positives que l'expérience acquise peut nous fournir ; c'est pour affirmer des grossesses extra-utérines en général, ce qui n'est vrai que de quelques-unes, ce qui peut être le contraire de ce qui arrive dans quelques autres.

En recueillant mes souvenirs sur plus de deux cents observations que j'ai lues de grossesses extra-utérines, j'entrevois la possibilité d'arriver à quelques résultats positifs, et de tracer, en résumant leurs caractères communs, la marche ordinaire, et par conséquent normale de chacune d'elles. Mais pour énoncer des résultats de cette sorte avec quelque assurance, ce n'est pas sur des souvenirs qu'il faut les baser, c'est sur une statistique rationnelle et précise. La marche rapide du dictionnaire, et d'autres circonstances me mettent en ce moment dans l'impossibilité d'exécuter ce travail ; mais j'ai l'intention de le faire prochainement, en même temps que je publierai les observations peu connues en France dont il est nécessaire de tenir compte pour opérer sur des bases suffisamment larges.

Je me bornerai, quant à présent, à quelques propositions sur la marche des grossesses extra-utérines, évitant le plus souvent de citer quelques faits à l'appui,

dans l'impossibilité de citer tous ceux qu'il faut prendre en considération pour en peser la valeur.

Avant tout, il convient de distinguer deux cas dans les grossesses extra-utérines, dont il faut faire l'histoire séparément, parce qu'ils sont extrêmement différents l'un de l'autre. Le premier est celui où l'œuf séjourne dans un même lieu pendant toute la durée de la grossesse ; le second est celui où l'œuf change de place à une époque quelconque de la gestation. Examinons-les successivement.

PREMIÈRE SECTION.

Marche des grossesses extra-utérines quand l'œuf ne change pas de place. — On a dit que pendant les premiers temps les grossesses extra-utérines ressemblaient, à s'y méprendre, aux premiers temps des grossesses régulières. Cela n'est vrai, et encore, sauf d'assez nombreuses exceptions, que relativement aux grossesses abdominales ; toutes les autres, si on les compare à la grossesse naturelle, ne peuvent être comparées qu'à la grossesse naturelle la plus pénible.

Il n'y a rien d'absolument constant à l'égard de la menstruation et de la sécrétion du lait. Tantôt, et c'est le plus ordinaire, ces deux fonctions suivent les mêmes lois que dans la grossesse régulière ; tantôt aucune sécrétion du lait ne s'opère, bien que la grossesse se prolonge pendant la durée qui lui est naturelle. Quelquefois la menstruation ne reparaît pas même après l'époque où l'accouchement aurait dû avoir lieu. Enfin, on a vu la menstruation ne jamais reparaître pendant des grossesses extra-utérines de plus de trente années, et la sécrétion du lait se continuer pendant tout ce temps. (Morand, *Acad., roy. des. sc.*, 1748 ; *Mém.* p. 108) ; Housset, *Obs. historiques sur quelques écarts ou jeux de la nature*, dans ses *Mém. physiol.*, etc., t. II, mém. IX).

Il y a fréquemment, à partir d'une époque qui peut n'être éloignée que de quelques semaines, du moment de l'imprégnation, des douleurs abdominales particulières, plus ou moins analogues aux douleurs utérines ; fréquemment une douleur fixe, constante, circonscrite, dans le bassin, l'aine ou la région ombilicale ; assez souvent difficulté de se coucher sur l'un des côtés, qui est celui de la grossesse, et qui est le plus souvent le côté gauche : car, de même que les maladies de l'ovaire sont plus fréquentes à gauche qu'à droite, selon la remarque de Carus, de même aussi les grossesses extra-utérines de toute espèce arrivent-elles plus souvent de ce côté que du côté droit.

Heim était d'accord avec l'expérience quand il disait que la grossesse tubaire déterminait du malaise et des souffrances à une époque moins avancée que les autres genres de grossesses extra-utérines qu'il connaissait. S'il eût connu la grossesse interstitielle, il l'aurait mise en première ligne sous ce rapport.

Un trait également commun aux divers genres de grossesses extra-utérines, c'est de ne point exclure, quand rien d'ailleurs ne les complique, la possibilité d'une nouvelle fécondation.

Hérissant rapporta à l'Académie des sciences qu'une femme qui avait porté pendant vingt-sept mois dans le ventre un fœtus, dont on fit l'extraction par la gastrotomie, en avait pendant ce même temps conçu un autre dont elle était accouchée heureusement et à terme. (*Acad. des sc.*, 1756, *Hist.*, p. 52.) On a vu dans la première partie de cet article plusieurs exemples du même cas.

Il est probable que l'auscultation pourra quelque jour fournir des renseignements utiles pour la connaissance des grossesses extra-utérines ; mais jusqu'ici l'expérience ne nous a encore rien appris à cet égard. On a quelque raison de présumer que, dans les grossesses abdominales, et surtout dans celles où le fœtus serait placé tout entier au-dessus du détroit du bassin, il n'y aurait point de souffle artériel, si mal nommé souffle placentaire, et que l'existence des bruits du cœur du fœtus, coïncidant avec l'absence de ce souffle, aiderait à reconnaître ce cas. On sait déjà que la présence d'une tumeur volumineuse quelconque dans la cavité pelvienne peut donner lieu à des bruits artériels capables d'en imposer pour le souffle dit *placentaire*. Il ne faut donc citer ici ce phénomène que pour recommander de s'en défier. Cette recommandation sera légitimée par l'observation de M. Bricheteau qui sera citée plus loin.

Ce n'est que relativement aux phénomènes généraux et aux signes rationnels que le pathologiste peut embrasser d'un même coup-d'œil les divers genres de grossesses extra-utérines. Quant aux signes physiques, on n'y trouverait de communs que l'état de l'utérus, considéré sous le rapport de son développement, et de l'état de son col, dont nous avons parlé dans le paragraphe de l'anatomie pathologique ; le développement plus ou moins irrégulier de l'abdomen, et la possibilité dans beaucoup de cas d'y distinguer deux tumeurs, formées, l'une par l'utérus, l'autre par le kyste anormal.

Mais chaque espèce présente ici des signes particuliers de grande importance.

Dans la grossesse sous-péritonéo-pelvienne, le produit de la conception occupant l'excavation du bassin déplace et comprime toutes les parties qui y sont contenues. On trouve le vagin et le rectum obstrués par la présence d'une tumeur qui les écarte, et dans laquelle on peut souvent distinguer diverses parties du fœtus. L'utérus, repoussé en haut et en avant, a son col contre les pubis, et son fond plus ou moins saillant au-dessus du niveau de ces os.

Une des conditions propres à la grossesse sous-péritonéo-pelvienne, c'est la possibilité qu'il y aurait de la confondre avec une rétroversion de l'utérus dans un état de grossesse avancée ou à terme ; et de fait, cette grossesse et ces cas de rétroversion ont été l'objet de discussions qui prouvent qu'il s'agit là de faits susceptibles d'être confondus ou pris l'un pour l'autre. On sait que Samuel Merriman, n'admettant de grossesses abdominales que celles qui résultent du passage dans l'abdomen d'un fœtus développé dans l'utérus ou dans l'une de ses dépendances, prend pour des cas de rétroversion toutes les observations données pour des grossesses extra-utérines, avec élimination du fœtus par les selles (*Samuel Merriman, a dissertation on retroversion of the womb, including some observations on extra-uterine gestation.* Londres, 1810, in-8°) ; il considère nommément pour telles les observations de Simpson (*Edinburgh medical essays and observations*, t. III), Kelson (*Medical and physical journal*, t. IIII), Coleman (*Medical and physical journal*, t. II), Manwaring (*Transact. of society for the improvement of the knowledge*, t. II), Kelly (*Medical observ. and inquiries, etc.*, t. III), Merriman se trompe assurément, sinon sur tous ces faits, du moins sur la plupart ; mais Dewees a tort néan-

moins de repousser d'une manière absolue les opinions de Merriman (*Strictures upon doctor Merriman opinions of retroversion of the uterus and extra-uterine conception; in essays on various subjects connected with midwifery.* Philadelphie, 18.3, in-8°, p. 291), et de nier que la grossesse dans un utérus en état de rétroversion puisse se prolonger jusqu'à terme et en imposer pour un cas de grossesse extra-utérine. Non-seulement le dernier cas existe, et la méprise est possible; mais, bien plus, l'incertitude peut subsister même après l'opération qui a débarrassé la mère du fardeau de la grossesse, quelle qu'elle fût. Ainsi, par exemple, il n'est pas facile de dire si, dans l'observation de Lauverjat, publiée par Sabatier (*Méd. opérat.*, t. IV, p. 454, éd. de 1832), le fœtus, qui fut extrait par l'opération césarienne vaginale, était réellement placé dans l'utérus en état de rétroversion, ou dans un kyste sous-péritonéo-pelvien.

Dans la grossesse abdominale on a noté un très-grand nombre de fois des mouvements plus vagues et plus sensibles du fœtus que dans toute autre grossesse, la minceur des parois qui le séparent de la main appliquée sur l'abdomen pour l'explorer, la facilité de reconnaître ses formes et sa situation, l'absence d'une tumeur circonscrite comme est celle de l'utérus *gravide*.

Quand le fœtus est dans la trompe, dit Baudelocque (t. II, p. 248), ses mouvements doivent être moins vagues et les membres plus resserrés; le corps de la matrice est inhérent à la tumeur formée par le sac qui contient l'enfant, et ne peut en être séparé: c'est comme une autre tumeur ajoutée à celle-ci. La même chose a lieu quand l'enfant s'est formé dans l'ovaire.

Au terme naturel de la grossesse, quelquefois au septième mois, quelquefois à une époque moins avancée, surviennent les douleurs de l'enfantement. Elles durent ordinairement de trois à quatre jours; mais on les a vues quelquefois se continuer un temps bien plus considérable. Elles durèrent plusieurs mois dans les cas de Turnbull (*Memoirs of med. soc. of London* (Galli *de Comment. Bonon*, t. II, p. 3, p. 251.)

Si la grossesse extra-utérine se prolonge pendant un temps considérable, on voit assez fréquemment les douleurs de l'enfantement se renouveler à des intervalles variés. Dans le cas publié par Schmidt, dans l'intervalle de trois ans que dura la grossesse, elles se renouvelèrent huit fois, et se prolongèrent chaque fois pendant plusieurs semaines. Dans le cas de Lospichler (*Act. acad. nat. Curios*, t. IV, p. 92), qui est celui d'une grossesse de six ans, les douleurs se renouvelèrent chaque année à l'époque correspondant au terme de la gestation.

Ces tentatives de la nature, ces phénomènes de travail, ne sont point un fait exceptionnel, un cas plus ou moins rare dans la marche des grossesses extra-utérines, comme paraissent le croire des auteurs modernes; c'en est la règle, au contraire, et c'est l'absence de ces phénomènes qui est l'exception. L'erreur de ceux qui soutiennent une autre opinion vient de ce qu'ils se sont fait une fausse idée du phénomène, et qu'ayant voulu expliquer, non ce qui se passe en réalité dans cette sorte de travail, mais ce qu'ils avaient supposé s'y passer, ils ont trouvé de graves difficultés dans leurs explications. « A la rigueur, dit M. Velpeau (t. I, » p. 228), on conçoit une partie de ces phénomènes » dans la grossesse tubaire. La trompe étant composée » des mêmes éléments que l'utérus, il est tout naturel » qu'elle jouisse des mêmes propriétés; mais, dans les » grossesses abdominales, on ne peut expliquer les » contractions du kyste qu'en admettant qu'il s'y est » développé des fibres musculaires aux dépens de la » couche cellulaire élastique qui double le péritoine » du bassin. »

Dans la grossesse abdominale (la seule grossesse extra-utérine dont M. Velpeau admette l'existence avec celle de la trompe), le kyste n'est point formé par la couche cellulaire élastique qui double le péritoine du bassin, et par conséquent cette explication est nulle; mais avant de chercher une explication aux contractions du kyste fœtal, il faudrait d'abord établir que ce kyste se contracte; et c'est ce qu'on ne saurait faire. La source de l'erreur est facile à découvrir. On a regardé (*aut. et ouvr. cit.*, t. I, p. 235) comme une chose rare que la matrice augmentât de volume dans les grossesses extra-utérines, et on l'a à peu près nié pour celles de ces grossesses dans lesquelles le kyste fœtal n'est pas dans la trompe et ne tient pas à l'utérus. Or, avec de semblables idées, qui repoussent l'admission des contractions utérines, il fallait bien, quand on trouvait mentionnés dans les observations les phénomènes du travail, et notamment les contractions, supposer que ces contractions se passaient dans les parois du kyste fœtal. Supposition fausse, je le repète, comme les prémisses d'où on la déduit. La vérité est que la matrice acquiert généralement, sinon d'une manière absolument constante, tous les caractères qui sont propres à l'état de *gravidité*, qu'elle se développe au point de pouvoir égaler, dans certains cas, un utérus au troisième ou au quatrième mois de la grossesse, que sa cavité est agrandie, que des matières pseudo-membraneuses susceptibles d'être expulsées y sont renfermées, que son tissu est beaucoup plus pénétré de sang que dans l'état de vacuité, qu'il y a en un mot toutes les conditions requises pour un véritable travail, et même à un degré supérieur à ce qui s'observe dans des cas d'avortements précoces; conditions d'où l'on voit résulter une série de phénomènes qui s'expliquent par là avec la plus grande facilité, tels que l'écoulement des mucosités glaireuses par les parties génitales, l'ouverture et l'agrandissement plus ou moins considérable du col utérin, l'écoulement de sang pouvant aller jusqu'au degré d'une violente métrorrhagie, l'expulsion d'une substance tomenteuse d'une caduque assez développée dans certains cas pour avoir été prise pour un placenta.

C'est donc dans l'utérus, et non dans le kyste fœtal des grossesses abdominales, que se passent ces contractions du faux travail qui s'observe au terme des grossesses extra-utérines.

Qu'on n'objecte point, comme on serait tenté de le faire, que des observateurs disent avoir senti du doigt la tête du fœtus descendre dans l'excavation pelvienne pendant la durée des efforts expulsifs et remonter quand ils cessaient, car on n'est point réduit à chercher la force qui opère ces mouvements dans les parois d'un kyste où rien ne peut la faire supposer, et où tout démontre qu'elle ne saurait exister. Ceci est un point sur lequel j'aurai soin de produire les résultats d'un grand nombre d'observations; il ne m'est pas permis de m'y arrêter ici plus longtemps.

Médication substitutive ou homœopathique.

La doctrine homœopathique, en tant que doctrine, ne mérite certainement pas le ridicule que les applications thérapeutiques des homœopathes lui ont values.

Lorsque Hahnemann émit ce principe thérapeutique : *similia similibus curantur,* il prouva son dire en l'appuyant sur des faits empruntés à la pratique des médecins les plus éclairés. De toute évidence, les phlegmasies locales guérissent souvent par l'application directe des irritants qui causent une inflammation analogue ; inflammation thérapeutique qui se substitue à l'irritation primitive.

Ce qui était vrai dans les maladies externes l'était certes beaucoup moins pour les affections internes ; mais Hahnemann, ébloui par la vérité d'une idée qu'il avait entrevue et formulée, s'exagéra bientôt, comme tous les novateurs, l'importance de sa découverte.

Ses disciples, comme il arrive toujours, débordèrent bientôt le maître et l'entraînèrent dans leurs idées exagérées ; et le mysticisme germanique venant bientôt s'y mêler, la thérapeutique homœopathique devint à ce point si singulière qu'elle dut avoir de nombreux partisans ; car il n'est idée si absurde qui ne trouve des médecins pour la soutenir et des malades qui se jettent au-devant de l'expérimentation. L'homœopathie a eu sa vogue à Paris comme partout ; il n'est guère de praticien à qui elle n'ait valu quelques infidélités ; mais aujourd'hui que l'engouement est passé et qu'il n'y a plus de courage à entrer dans une lutte facile contre un ennemi désarmé par le ridicule et par l'insuccès, essayons de constater ce qu'il y a eu de véritablement pratique, non dans les rêveries thérapeutiques de la vieille homœopathie, mais dans le premier jet, sorti de la tête d'Hahnemann encore jeune.

Quand une cause morbifique est appliquée au corps de l'homme, elle détermine les effets qui sont nécessairement en rapport et avec la nature de la cause qui agit et avec l'état de l'économie qui subit l'impression.

Nature de la cause. Suivant Brown et Broussais, il n'existe qu'une cause morbifique, l'application des *excitants* au corps de l'homme. Toute cause n'agit que par le plus ou moins d'*excitation* qu'elle provoque : *excitants* comme cause, *excitation* comme effet, c'est, à peu de chose près, ce à quoi se réduit la doctrine pathologique de ces deux grands novateurs. La différence d'intensité de la cause, la différence du mode de réaction de l'économie, sont la source des innombrables différences des formes maladives. L'interprétation différente que Brown et Broussais ont faite des jeux de la réaction a été cause de la prodigieuse différence des conclusions thérapeutiques auxquelles ils sont arrivés, chacun de son côté. Et cependant l'idée fondamentale de leur doctrine est identique ; M. Broussais l'a reconnu en prenant la proposition synthétique de la doctrine de Brown pour texte de la sienne.

Ainsi que nous l'avons déjà dit ailleurs, Brown et Broussais ont admis comme axiome une proposition erronée que rien jusqu'ici ne démontre ; et comme toute leur doctrine reposait sur ce fragile édifice, ils ont pu, tout en raisonnant avec beaucoup de rigueur et de logique, arriver néanmoins aux conséquences les plus fausses.

Dire que *la vie ne s'entretient que par les stimulants,* c'est émettre une proposition dont la vérité semble évidente au premier abord, mais qui, si l'on y réfléchit un instant, paraîtra improuvable.

On ne peut, certes, contester que la vie ne s'entretienne par des modificateurs ; c'est là une proposition d'une vérité triviale ; mais précisément elle a la trivialité des axiomes, et c'est en cela qu'elle est bonne. Par modificateur et modification, on exprime des faits que l'on ne juge pas ; par stimulants et excitation, on substitue un jugement à des faits, et l'on raisonne mal.

C'est une fatale erreur, en philosophie, de n'attacher aux mots qu'une importance médiocre ; dans les propositions principales, les mots sont sacramentels et doivent avoir un sens tellement clair que leur application dans le discours n'arrête jamais l'intelligence du lecteur.

Nous verrons plus bas quelle importance philosophique nous devons attacher aux mots *modificateur* et *modification,* et combien les explications et les faits de la pathologie se rangent aisément sous ces chefs ; tandis qu'ils se refusent à fléchir devant l'excitation, principe de Brown et de Broussais.

En effet, pour ces deux pathologistes, tout est dans la quotité du stimulus, l'*état organique étant supposé identique chez tous les hommes.*

Ce qui fait une pneumonie plus grave, c'est la quotité du stimulus appliqué au parenchyme pulmonaire. A cette quotité répond exactement une étendue de lésion locale, une réaction proportionnelle. De même pour la plèvre, pour le péricarde, le péritoine, le foie, le cerveau, l'utérus, etc., etc., etc.

On ne peut contester la vérité de ces principes ; ils sont d'une évidence flagrante, et c'est leur évidence même qui a séduit et entraîné hors de la voie de la vérité les illustres médecins dont nous ne partageons pas les idées. Or, quand on leur montrait, au milieu, d'une influence épidémique, des causes évidemment les mêmes qui pour tous, amenaient des résultats si prodigieusement différents, ils invoquaient les différences des organisations, et en cela ils avaient raison.

C'était là une large part des maladies qui rentrait rigoureusement et très-logiquement dans la circonscription de leur système.

Mais ils furent bientôt ébranlés par les pathologistes qui se livrèrent à l'étude des maladies spéciales, et on doit dire que M. Bretonneau surtout, en appelant l'attention des praticiens sur les lésions spéciales du tissu muqueux et en particulier sur la diphthérite et sur la dothinentérie, porta aux doctrines d'Édimbourg et du Val-de-Grâce un coup dont M. Broussais a cherché vainement à se dissimuler la gravité. Pour Bretonneau comme pour nous, les différences dans la nature de la cause apportent dans les maladies des différences aussi grandes que la variété des organisations peut elle-même en apporter.

Pour nous, ce n'est donc plus la quotité d'action du modificateur morbifique qui détermine la forme de la maladie, mais bien la qualité de ce modificateur ; comme ce n'est pas la quotité de la semence génératrice, mais sa qualité, qui détermine la forme du produit.

La quotité ne donne pour résultat que le plus ou le moins ; la qualité donne la forme.

Il n'est plus aujourd'hui de pathologiste, si entêté qu'il soit d'une doctrine dychotomique, qui pourtant n'admette quelques maladies locales ou générales, dans lesquelles on constate quelques formes si constantes, si invariables, que l'on se voit forcé de reconnaître l'im-

portance de la qualité du modificateur; mais ces maladies sont pour eux les moins nombreuses; pour nous, elles sont les plus fréquentes.

Et d'abord, dans les maladies spéciales se rangent sans exception toutes les affections contagieuses. C'est de celles-là qu'on peut dire à juste titre qu'elles se sèment de graine, et que par conséquent elles retiennent nécessairement de la qualité de l'agent générateur. Or, les maladies contagieuses sont de beaucoup plus fréquentes qu'on ne l'imagine communément, et bien des affections catarrhales communes se transmettent de l'homme malade à l'homme sain.

Que si nous excluons l'idée de contagion, et si nous jugeons la maladie par ses phénomènes locaux et généraux seulement, nous verrons que la classe des affections spéciales prendra tout de suite une telle étendue qu'elle remplira la plus grande partie du cadre nosologique.

En ne prenant ici pour exemples que les modificateurs dont il est le plus facile de constater les effets, nous voyons que les agents chimiques appliqués au corps de l'homme produisent chacun une action spéciale. Ainsi, parmi les caustiques, les chlorures d'or, d'arsenic, de zinc, d'antimoine; le feu, la potasse, la soude, la chaux, les acides nitrique, sulfurique, hydrochlorique, fluorique; les sels d'argent de cuivre, de mercure, etc., etc., exercent sur la peau une action tellement différente que l'on peut, avec quelque habitude, reconnaître le modificateur à la manière dont il se comporte avec les tissus comme agent physique ou chimique, et surtout à la forme de la réaction locale qui succède à l'application du modificateur.

Ici évidemment on ne peut arguer de la quotité d'action de l'agent perturbateur, car l'expérience démontre que jamais, avec le nitrate d'argent, par exemple, on ne fera ce que l'on peut faire avec le beurre d'antimoine; et cela quelles que soient les doses que l'on emploie d'ailleurs. Que cela tienne aux qualités chimiques des deux modificateurs ou à la façon dont ils se combinent avec les parties, peu importe, pourvu qu'il y ait différence, et différence constante.

Si maintenant nous examinons les poisons, nous les voyons agir chacun à sa manière, et tellement à sa manière que le plus léger examen suffit presque toujours pour distinguer la nature du poison. Certes, il n'est pas de toxicologiste un peu exercé qui ne distingue l'intoxication par l'opium de celle qui suit l'ingestion de la stramoine, de la vératrine, de la strychnine, qui ne saisisse les différences qui séparent les effets du plomb de ceux du mercure, du cuivre, de l'arsenic; qui ne constate la diversité des accidents qui suivent l'absorption du venin du crotale, de la vipère, du scorpion, de la tarentule, de l'abeille, du chien hydrophobe, de l'animal charbonneux.

Ici, à chaque cause, un effet spécial, c'est-à-dire un effet caractérisé par une forme particulière, qui se reproduit toujours comme les caractères spécifiques d'une série d'individus qui constituent une espèce dans un genre commun.

Que dire maintenant des virus varioleux, vaccin, scarlatineux, morbilleux, syphilitique, qui n'ait été dit partout et répété à satiété?

Ce que nous voyons pour l'homme, nous le voyons pour les animaux, nous le constatons pour les plantes elles-mêmes, dont l'organisation est si inférieure, et, dans leurs désordres pathologiques, les plantes restent encore comme témoignage puissant de l'influence de la qualité de la cause dans la forme de la maladie. Nous voyons en effet les insectes qui blessent les feuilles ou les tiges des plantes provoquer, au point de contact, des exubérances morbides dont le caractère univoque rappelle l'agent de la blessure; ainsi telle forme de gale succède à la piqûre de tel insecte, et avec une telle constance que le naturaliste exercé juge toujours à la forme, à la couleur, au volume de la tubérosité, quel est l'insecte dont la larve y est contenue.

Ces questions ne sont pas oiseuses; elles serviront à constater la spécificité de durée, grand point de la médication homœopathique.

Dans tous les exemples que nous venons de prendre, il y aurait une flagrante absurdité à attribuer les effets seulement à la quotité, et non à la qualité de la cause. Il est en effet aussi impossible, quelque quantité de virus variolique que l'on applique au corps de l'homme, de provoquer les symptômes de l'hydrophobie, que de faire avec des escarrhotiques une escarre qui se comporte comme celle de la pustule maligne.

Mais s'il est absurde de refuser à la qualité de la cause une part immense dans la forme des effets, il est presque aussi ridicule de vouloir exclure la quotité de la cause de toute participation à la production des effets. La *quotité*, c'est-à-dire le plus ou le moins dans la cause, a une grande influence sur l'intensité des effets, mais elle ne peut les faire différents quant à leur nature intime.

Jusqu'à présent nous sommes descendus de la cause aux effets. La cause bien connue, bien appréciée, sinon dans sa nature intime, du moins dans le temps de son application au corps du malade, il a été facile de la suivre dans les jeux de réaction qu'elle a sollicités dans l'organisme, et la forme spéciale de ces phénomènes secondaires a pu être aisément constatée. Si toutes les causes étaient aussi saisissables, il n'y aurait aucune difficulté, et la spécialité serait aisément démontrée pour presque toutes les maladies : mais pour un grand nombre d'affections, la cause est inconnue, l'effet seul est présent, et il faut alors remonter de l'effet connu à la cause inconnue.

Or, remarquons que la spécialité d'une maladie est aussi bien prouvée par l'invariabilité de ses formes, indépendamment des causes qui l'ont produite, que si l'on avait connu en même temps l'effet et la cause.

Les causes de la plupart des maladies qui se révèlent par des troubles fonctionnels du côté du ventre nous sont parfaitement inconnues; mais ces troubles fonctionnels, les lésions qui s'y rattachent, ont une forme si invariable, que nous arrivons tout aussi vite à l'affirmation de la spécialité.

Entre le choléra asiatique, la dyssenterie, le choléra nostras, la dothinenterie, il y a des différences si tranchées, et les symptômes qui les accompagnent sont tellement positifs, que les médecins les moins expérimentés les distinguent l'un de l'autre, et la possibilité même de cette distinction implique l'idée de la spécialité, car il n'y a distinction possible que s'il y a des caractères spécifiques, et la constatation de ces caractères spécifiques établit par cela même la spécificité.

Or, pour les quatre maladies dont nous venons de parler, ce n'est certes pas par la quotité phénoménale, c'est-à-dire par l'intensité de chacun des symptômes, que le caractère de l'affection se juge, mais bien par la qualité, c'est-à-dire par la forme spéciale de certains

phénomènes, indépendamment d'ailleurs de leur intensité.

Quoi qu'on fasse, en effet, on ne fera jamais d'une dothinenterie un choléra asiatique, d'une dyssenterie un choléra nostras, quelle que soit d'ailleurs la gravité de ces maladies diverses. Chacune conservera ses traits distincts, ses caractères spécifiques. De la constance des effets il est philosophique de conclure à la con tance des causes. Et il n'est pas en effet plus logique de présumer une cause identique pour le choléra et la fièvre jaune qu'il ne l'est d'attribuer à l'action du même virus la variole et la vaccine.

Les sectateurs de Brown ou de Broussais, après s'être longtemps débattus contre les arguments pressants qui ruinaient leur doctrine dychotomique, se sont vus forcés enfin de reconnaître des maladies spéciales ; et comme si, en admettant ce seul principe, leur système n'était pas détruit, ils ont voulu essayer encore de concilier la doctrine des spécialités avec leur théorie étroite.

Qu'importe à Brown que la variole soit ou non une maladie spéciale, il n'en tient compte. C'est une affection sthénique ou asthénique, c'est la seule chose qui l'occupe ; d'où l'indication de stimuler ou de débiliter.

Pour Broussais il en est de même ; qu'importe après tout que le choléra diffère par ses formes de la dothinentérie, ce n'est en définitive qu'une irritation du tube digestif qui éveille des sympathies différentes. L'irritation est le phénomène commun, culminant ; c'est lui seul qui est sérieusement en cause, il domine tout ; de lui seul ressortent toutes les indications thérapeutiques.

Telle est l'objection de Broussais, que nous n'avons pas atténuée, que nous avons laissée avec toute sa puissance, mais qui nous paraît faible et misérable.

Sans doute, et nous le confessons franchement, presque tous les modificateurs qui s'appliquent au corps de l'homme suscitent localement une réaction commune que l'on est convenu d'appeler inflammation ou irritation. Toute la question se réduit à savoir si ce phénomène commun a vraiment l'importance pathologique qu'on lui accorde. Sans doute la pustule maligne et le furoncle, la variole et l'impétigo ; le chancre syphilitique et l'herpès préputial, la laryngite aiguë et le croup, la dothinentérie et l'embarras gastrique, l'ophthalmie catarrhale et l'ophthalmie scrofuleuse, la dartre rongeante et le varus sébacé, ont pour caractère commun l'inflammation ; comme la douce-amère et le datura stramonium, la chélidoine et le pavot, l'églantier et le laurier-cerise ont des caractères communs puisqu'ils se rangent dans les mêmes familles naturelles ; mais quel médecin, quel naturaliste, seront assez insensés pour n'attacher qu'une importance secondaire aux caractères spécifiques qui jouent ici un rôle si puissant.

Écoutons Bretonneau : « L'obstination d'un médecin, » dit cet excellent praticien, qui persiste à ne voir dans » le catarrhe bronchique et dans l'angine pelliculaire » que deux avances peu importantes de la même affec- » tion, n'équivaut-elle pas à celle d'un naturaliste qui » soutiendrait que la vipère n'est qu'une variété de la » couleuvre, et qui apportant en preuve de son opinion » la similitude du mode de circulation et celle des ca- » ractères génériques seulement, regarderait les écail- » les ou les plaques qui recouvrent la tête, l'absence ou » la présence des crochets à venin, comme des diffé- » rences peu importantes. Qu'objecter cependant à l'an- » tagoniste des distinctions, lorsque, à ses yeux fasci- » nés par la prévention, une vipère et un serpent à » sonnettes ne sont que des couleuvres exagérées ? quel » parti prendre ? Insister sur la différence des effets » que produisent les morsures de ces reptiles, et, en » attendant que la vérité éclate à tous les regards, se » hâter, si une blessure envenimée vient d'être reçue, » d'enlever la cause d'une grande maladie, en retran- » chant la petite portion de tissu vivant que le venin à » pénétrée. » Bretonneau, *Notes inédites sur les Phlegmasies spéciales.*

C'est à dessein que nous nous sommes appesantis sur la question de la spécificité des maladies, parce que cette question domine aujourd'hui la pathologie, et que nous ne pouvions bien faire comprendre la médication substitutive, si préalablement nous n'avions bien établi ce grand principe pathologique qu'à l'action *de chaque modificateur répond une modification spéciale.*

En effet, tous les modificateurs irritants déterminent une irritation dont l'intensité, et dont la gravité, en tant que lésion locale et générale, sont subordonnées à leur nature même, abstraction faite de la prédisposition du sujet. Le pathologiste attentif peut donc calculer, jusqu'à un certain point, la portée de l'agent irritant ; et quand il ne peut saisir la cause, il peut néanmoins, par l'expérience et par l'application de la statistique médicale, apprécier la durée probable, la gravité d'une phlegmasie. Il voit que telles phlegmasies ont une marche nécessaire et en quelque sorte fatale, qu'elles naissent, croissent et se terminent en un temps déterminé ; qu'elles ont en quelque sorte une vie comme les plantes et les animaux ; que d'autres, incertaines dans leur durée, tantôt ont une existence éphémère, tantôt se prolongent invinciblement jusqu'à la dissolution de la vie, tantôt apparaissent et disparaissent sans que rien de régulier ne se voie dans leur marche.

Il en résulte que, pour un médecin vraiment savant, la durée probable et la marche naturelle des maladies sont à peu près connues. Cette notion, la plus importante pour le thérapeutiste, celle sans laquelle il ne peut avec philosophie se livrer à la moindre expérimentation, est pourtant celle que l'on néglige le plus dans les études cliniques. C'est celle qui a manqué essentiellement et qui manque encore à tous les médecins homœopathes.

La marche et la durée d'une phlegmasie connue, s'il était possible de mettre en contact avec le tissu enflammé un modificateur irritant lui-même, qui changeât le mode d'irritation existant et qui abrégeât la durée de la maladie, n'aurait-on pas, par cette substitution, rendu un grand service thérapeutique.

Or, les choses se passent-elles ainsi ? évidemment oui. Une phlegmasie occupe la membrane muqueuse oculaire, un collyre avec le sublimé, le nitrate d'argent, le calomel, le précipité rouge, tout en irritant pour un instant la partie déjà enflammée, guérit pourtant l'inflammation existante.

Le fait une fois constaté, il s'agit d'en étudier les lois.

Et d'abord, bien que la substitution puisse s'exercer médiatement, c'est-à-dire par l'intermédiaire des organes d'absorption et sur les tissus avec lesquels les agents irritants ne sont pas en contact direct, nous ne considérons cependant ici que la substitution directe, c'est-à-dire, celle qui s'exerce par les modificateurs irritants appliqués directement sur les tissus irrités.

Nous devons considérer toute irritation locale comme le produit de l'application locale d'un agent irritant, soit que la cause soit interne, soit qu'elle procède du dehors. Ainsi, lors même qu'une cause interne, le vice dartreux, par exemple, produit une phlegmasie chronique de la peau, il faut absolument que l'action de ce vice se soit exercée sur le tégument externe; c'est une condition nécessaire du développement de la dartre.

La première notion que le médecin doive chercher à acquérir, c'est celle de la gravité et de la marche naturelle de la maladie; nous avons déjà insisté sur ce point. Cette notion acquise, il reste à constater l'influence du modificateur thérapeutique. Car, avant tout, il faut que la maladie substituée ne soit pas plus grave que celle que l'on a voulu remplacer. Il est bien évident, par exemple, que les agents qui détruisent les tissus par leur action chimique ou physique sont merveilleusement aptes à faire disparaître les lésions qui siégent sur ces tissus; mais détruire n'est pas guérir, et si quelquefois le médecin est forcé de recourir à d'aussi puissantes ressources, c'est quand l'affection locale a une gravité et une incurabilité telles, que la destruction du mal et du tissu malade est indispensable.

Toutefois, l'action du modificateur thérapeutique ne peut guère se préjuger, et à l'expérience seule il appartient de prononcer sur la manière dont les propriétés vitales réagissent contre la cause irritante. Il semble, en effet, qu'entre la chaux vive, qui escarrifie en quelques minutes, et le beurre d'antimoine, qui agit avec plus de lenteur, il y ait une différence notable, et on serait tenté de croire que l'action de la chaux sera plus violente et plus destructive que celle du chlorure; l'expérience démontre le contraire, et dans beaucoup de phlegmasies locales, que l'on est convenu d'appeler spontanées, et qui en définitive ne diffèrent des autres que par des conditions tout à fait indépendantes de la cause elle-même, cette même difficulté de juger se présente encore. Au début de deux angines, dont l'une se révèle par une légère phlegmasie locale accompagnée d'exsudation membraneuse et qui est à peine fébrile, et l'autre par l'appareil inflammatoire le plus énergique et une puissante réaction générale, il semble naturel de croire que la plus grave est celle qui frappe avec le plus de violence; et cependant, tandis que celle ci entraîne à peine autre chose qu'une incommodité de plusieurs jours, l'autre, au contraire, tue presque toujours par l'extension de la fausse membrane dans les voies aériennes.

Ce n'est en effet ni par la nature de la douleur, ni par l'ordre d'apparition, ni par la rapidité du développement des phénomènes morbides que se juge la gravité d'une irritation communiquée. Par exemple, en instillant dans l'œil une solution concentrée de tartre stibié, c'est à peine si le patient éprouve un peu de cuisson, tandis qu'en insufflant un grain de poudre de tabac, il survient incontinent une irritation des plus violentes; mais peu de minutes suffisent pour mettre fin à cet appareil formidable, tandis que, dans le premier cas, l'œil s'injecte lentement, s'enflamme et bientôt surviennent les phénomènes d'une ophthalmie des plus graves, trop souvent suivie de la perte de l œil.

La gravité et la marche des phlegmasies thérapeutiques, s'il est permis de nous exprimer ainsi, ne se juge donc qu'expérimentalement, comme celle des phlegmasies pathologiques.

Ainsi, avant de mettre en œuvre la médication substitutrice, nous devons connaître la portée de nos armes thérapeutiques.

Parmi les agents irritants homœopathiques, il en est dont la portée est très-courte, c'est-à-dire qui déterminent des phénomènes qui disparaissent rapidement; tels sont, par exemple, le nitrate d'argent, le sulfate de zinc, le nitrate de mercure, le calomel, les chlorures alcalins, d'autres, dont les effets sont beaucoup moins fugaces, tels sont les cantharides, le tartre stibié, l'arsenic, les caustiques puissants, la moutarde, les euphorbiacées, les renonculacées, les colchicacées.

Or, comme il faut toujours proportionner l'intensité d'action de l'agent substituteur à la phlegmasie que l'on veut combattre, il s'ensuit qu'il serait ridicule de combattre des lésions superficielles avec les agents de la seconde série, tandis qu'au contraire l'indication de ces mêmes moyens ressort dans les lésions de tissus graves, profondes ou chroniques. Ainsi, la pustule maligne, le bouton varioleux se détruisent sous l'influence d'un caustique, et le carcinome superficiel de la peau, aggravé par des irritations superficielles, est détruit par les caustiques qui emportent toute l'épaisseur du derme, ou par des irritants qui, tels que l'arsenic, ont une action profonde et longtemps prolongée.

Quand on veut proportionner l'action homœopathique à l'irritation existante, deux écueils sont également à éviter : *rester en-deçà ; aller au-delà.*

Il y a en général peu d'inconvénients à rester en-deçà du but; et l'on peut même, en suivant cette prudente voie, arriver à un résultat aussi avantageux, pourvu qu'on ait le soin de soutenir l'action thérapeutique et de la renouveler. Soit une blennorrhagie urétrale que l'on veut guérir par des injections de nitrate d'argent. En commençant par une dose faible, un quart de grain de nitrate d'argent par once d'eau distillée détermine une irritation thérapeutique légère qui ne dominera pas la phlegmasie syphilitique, mais qui se substituera à celle-ci seulement pour une partie, de sorte que si nous nous servions d'une formule (ce qui est loin d'être exact), nous aurions une irritation blennorrhagique représentée par 10, une irritation substitutive représentée par 2. La substitution n'étant pas proportionnelle à la phlegmasie locale, celle-ci persistera comme 8; mais on conçoit qu'en prolongeant le contact de la solution irritante avec la membrane muqueuse, on compensera par la durée d'application le peu d'intensité de l'agent substituteur.

Cette méthode est d'autant plus rationnelle qu'il est impossible de connaître à priori la sensibilité des tissus, et qu'il vaut mieux avoir à augmenter l'irritation qu'à la tempérer, lorsque par imprudence on l'a exagérée.

Nous disions tout à l'heure que chaque agent homœopathique avait une portée qui lui était propre. La durée d'action varie depuis quelques heures jusqu'à quelques jours, et cela en raison de la nature intime du modificateur, de la dose à laquelle on l'emploie.

Or, si l'on compare entre elles l'irritation morbide et l'irritation substitutive, on verra que la première, par cela même qu'elle préexiste, et que le tissu est profondément modifié par le fait seul de la durée de la maladie, a pris en quelque sorte droit de domicile, et aura d'autant plus de tendance à se reproduire. Que si l'agent homœopathique n'a de durée d'action que pour six, douze ou vingt-quatre heures, il pourra bien s'être substitué pendant ce laps de temps à la phlegmasie

qu'on avait à combattre ; mais si le thérapeutiste lâche pied tout de suite, les accidents primitifs se renouvellent. Pour que la substitution s'exerce efficacement, il faut renouveler l'action substitutive avant que l'effet de l'application topique précédente soit entièrement passé.

Ainsi, quand on traite la dyssenterie par des lavements dans lesquels on a fait dissoudre ou du nitrate d'argent ou des sels neutres purgatifs, on tempère, dès les premières injections, les douleurs coliques et le flux sanguin ; mais huit ou dix heures après, les accidents reparaissent : le précepte ici est de ne pas attendre le retour des phénomènes dyssentériques, mais de renouveler les lavements assez souvent pour laisser toujours le malade sous l'influence de la médication.

En supposant, comme nous l'avons fait jusqu'ici, que tous les sujets sont dans un état identique, et en ne tenant aucun compte des dispositions individuelles, il est évident que l'irritation homœopathique sera en raison de la dose de l'agent substituteur. Mais il faut nécessairement tenir compte et un compte important de ce que Brown appelait l'épuisement de l'incitabilité, autrement on userait en vain du même agent irritant.

Suivant Brown, à chaque élément organique, comme à l'économie, est départie une propriété fondamentale, l'incitabilité. Les *stimulants* développent *l'incitation* ; mais l'incitation ne peut se développer sans que la capacité d'incitation, ou mieux, l'incitabilité, ne s'épuise. Il en résulte que le rôle du médecin doit être, ou de redonner de l'incitabilité par le repos, par l'alimentation, etc., etc., pour que le même stimulant développe toujours la même incitation, ou bien encore d'augmenter l'action de l'incitant, afin que l'incitation soit la même, l'incitabilité étant moindre. En fait, cela revient à dire que les tissus et l'économie s'accoutument à l'action des stimulants divers; que, par suite de cette accoutumance, ils ne sont plus excités par les mêmes agents qui les excitaient auparavant ; que, par conséquent, pour obtenir tous les jours le même résultat il faut augmenter la force de l'excitant, précisément en raison de la diminution de la susceptibilité organique. La conséquence de ces principes est que la dose de l'agent substituteur doit être graduellement augmentée, non pas dans une proportion qui soit la même pour tous les malades et pour toutes les maladies, mais dans une proportion que dirigera toujours l'étude expérimentale de l'irritabilité du malade.

De cette grande loi pathologique de Brown, que nous essayions d'indiquer tout à l'heure, découle encore une application essentielle de la substitution si on l'envisage dans les affections aiguës ou dans les maladies chroniques.

L'habitude de l'inflammation dans un tissu rend ce tissu plus propre sans contredit à prendre la même inflammation, mais le rend moins apte à recevoir des impressions étrangères. Ainsi, toutes choses étant égales d'ailleurs, il faudra un agent irritant plus énergique pour opérer la substitution dans une maladie chronique que pour une maladie aiguë ; et l'on comprendra mieux encore l'importance de ce précepte, si l'on songe qu'outre la diminution de l'incitabilité, conséquence nécessaire de la chronicité, nous avons encore à lutter contre une direction trop longtemps vicieuse des propriétés vitales dans la même partie et contre une affection qui a jeté des racines bien plus profondes ; tandis que, dans les phlegmasies aiguës, la substitution s'exerce d'une part à moindres frais, et d'autre part n'aura pas besoin d'être demandée si longtemps.

Ce que nous disions plus haut de la nécessité de répéter l'action substitutive pour ne pas donner à la phlegmasie morbide le temps de reprendre le dessus, mène également à un autre précepte qui n'en est en quelque sorte que le corollaire. C'est que, non-seulement il faut répéter cette action, mais aussi la prolonger de manière à faire perdre entièrement au tissu l'habitude de l'inflammation première, et ce n'est pas pour un jour seulement, mais quelquefois durant quelques semaines, qu'il faudra soutenir l'action des irritants homœopathiques.

Nous avons fait plus haut un précepte de ne jamais enlever d'emblée une phlegmasie ordinaire ; mais quelques médecins plus hardis, après avoir préludé par quelques essais pour tâter la susceptibilité de leurs malades, doublent, triplent, décuplent la violence de l'agent irritant, et remplacent de vive force par une phlegmasie thérapeutique l'inflammation qu'ils avaient à combattre. Cette méthode nous a toujours paru peu sage ; mais autant nous sommes disposés à la blâmer dans les circonstances ordinaires, autant nous voulons en faire un précepte dans les maladies locales dont la gravité peut, en quelques heures, compromettre les jours du malade ou le salut d'un organe. Ainsi, sans tâtonner, nous devons cautériser au plus vite la pustule maligne et les tissus environnants, et appliquer la pierre infernale sur la membrane muqueuse oculaire envahie par la phlegmasie blennorrhagique.

Il ne faut pas confondre l'irritation homœopathique avec l'inflammation morbide, et réciproquement. Il y a inconvénient des deux côtés ; mais il faut convenir qu'il y en a plus encore à rester en-deçà de la curation qu'à obtenir plus qu'on ne désire. Il suffit en effet, si la persistance de la phlegmasie tient à la persistance de l'irritation substitutive ; il suffit, disons-nous de cesser toute médication pour guérir, tandis que si l'inflammation première était encore présente, il faudrait recommencer tout le traitement, si, pour l'avoir un instant cessé, on laissait la phlegmasie reprendre son intensité.

Essayons pourtant d'indiquer quelques règles à l'aide desquelles on pourra juger si l'irritation qui persiste appartient à la médication ou à l'affection première.

Lorsqu'on applique à un tissu enflammé un modificateur irritant, il est ordinaire, ou que les phénomènes inflammatoires soient immédiatement augmentés, ou qu'ils éprouvent une diminution plus ou moins notable. Quel que soit le résultat, il doit être attribué au médicament, et c'est ce résultat immédiat qui doit être choisi comme point de repère.

Si l'expérience a déjà permis de constater que la sécrétion morbide, la douleur, la démangeaison sont diminuées sous l'influence de l'agent irritant, le retour de ces accidents signalera le retour de la phlegmasie première, et la cessation de l'action homœopathique. Que si, au contraire, l'agent substituteur est l'occasion d'une exagération notable dans la douleur, dans la sécrétion, dans les démangeaisons, etc., le retour aux phénomènes ordinaires indiquera la nécessité de recourir de nouveau au modificateur thérapeutique.

Le premier cas est très-facile à juger ; mais le second est à ce point difficile qu'il nous semble impossible de se conduire autrement que d'après les données expérimentales dont une longue habitude peut seule faire connaître la valeur.

Dans le plus grand nombre des cas, comme on n'a pas essayé d'enlever d'emblée la phlegmasie, et que, par conséquent, on ne peut supposer une complète substitution, il suffit de constater, après vingt-quatre, quarante-huit ou soixante-douze heures, une diminution notable dans les accidents primitifs, pour conclure à l'efficacité de la médication et pour être autorisé à la reprendre ; et bien que les accidents inflammatoires développés immédiatement sous l'influence du modificateur thérapeutique se confondent, de manière à ne pouvoir en être distingués, avec ceux de l'irritation pathologique, on n'aura plus à se guider que d'après les résultats et l'expérience et l'analogie, ces guides, si sûrs en médecine, nous dirigerons avec plus de certitude encore que des règles sujettes à trop d'exceptions.

Le principe Brownien que nous posions, ou, si on l'aime mieux, l'étude de l'influence du *suétudisme* mène encore à d'autres conséquences thérapeutiques. Nous avons vu que l'habitude de l'application des stimulants diminuait l'incitabilité dans la partie, la rendait par conséquent moins apte à être influencée par les agents d'excitation. Il en résulte que, comme moyen prophylactique des irritations locales, l'application habituelle des stimulants est une utile médication. Les femmes le savent bien, qui, pour faire cesser et même pour prévenir les irritations du visage connues vulgairement sous le nom de couperose, se servent habituellement de lotions irritantes avec le sublimé, ou même d'eau simple chargée d'une grande quantité de calorique. Ne voyons-nous pas l'habitude des lavements chauds éteindre la sensibilité, la contractilité, et la faculté sécrétante de l'intestin ; comme l'habitude des aliments de haut goût et des excitants du tube digestif, loin de provoquer des gastrites, jette au contraire la membrane muqueuse de l'estomac dans un état d'insensibilité organique qui paralyse toutes ses fonctions ; vérité si admirablement démontrée par Brown, si mal appréciée par Broussais. C'est ainsi que les artisans qui s'exposent continuellement à l'action d'une vive chaleur, loin d'avoir le teint coloré, comme les gens du Nord, par exemple, sont remarquables par leur extrême pâleur. Ainsi les cuisiniers, les boulangers, les verriers, les chaufourniers, etc., etc. ; ainsi les habitants des pays équinoxiaux. Et les médecins qui s'occupent habituellement de la thérapeutique des maladies cutanées savent tous l'immense parti que l'on tire de l'application du calorique à la peau, non moins comme moyen préventif que comme médication curative.

Jusqu'ici nous avons eu peu égard à la cause de la phlegmasie, et nous avons traité la maladie comme s'il s'agissait toujours d'une affection de cause externe. Nous n'avons point eu égard à l'état de l'économie. Cette omission, nous l'avons faite à dessein, et personne sans doute ne sera tenté de supposer que nous n'attachions aux causes internes qu'une importance secondaire. Dans la thérapeutique des phlegmasies internes, la curation de la cause interne occupe quelquefois la place principale ; dans d'autres circonstances, cette cause peut être négligée sans inconvénient. Dans la plupart des syphilides cutanées, le traitement interne suffit presque toujours, la médication topique est presque superflue ; et, au contraire, pour presque toutes les dartres, le traitement interne est adjuvant, et l'emploi des moyens thérapeutiques directs occupe le premier rang.

Admettant même que la phlegmasie dartreuse procédât d'une cause interne, il ne s'ensuivrait pas que l'on ne dût s'en prendre ultérieurement qu'à cette cause ; car la cause peut avoir agi et n'agir plus, et cependant la maladie locale subsiste, exactement de même qu'après l'application passagère d'un agent irritant externe l'effet irritant peut durer encore longtemps après.

Le souvenir de la cause interne, si peu agissante qu'elle puisse être encore, doit entrer pour quelque chose dans le choix du modificateur. Il faudra en effet préférer le nitrate de mercure à la pierre infernale dans le traitement des phlegmasies siphylitiques ; les préparations d'iode aux sels de cuivre dans les dartres scrofuleuses, parce que chaque molécule organique est en quelque sorte un *microcosme* qui participe à l'état général, et d'autant plus que la vitalité y est rendue plus active par l'état inflammatoire.

TROUSSEAU.
Agrégé près la Faculté de médecine de Paris, médecin des hôpitaux.

REVUE MÉDICALE

FRANÇAISE ET ÉTRANGÈRE.

JANVIER 1837.

De la volonté considérée comme puissance morale et comme moyen thérapeutique; Mémoire lu à l'Académie royale de médecine, par M. le Docteur P. Jolly.

Il est une puissance d'action qui règle et domine l'homme moral, préside à ses déterminations et à ses mouvements, à laquelle il doit ses plus nobles résolutions comme ses plus généreux sacrifices, son triomphe sur lui-même, sa suprématie sur le reste de la création. Cette puissance, c'est la volonté, puissance aussi incompréhensible dans sa nature que dans ses effets, aussi insaisissable à tous nos sens qu'à tous nos instruments d'investigation, et toutefoi, non moins digne d'exciter l'intérêt et la sollicitude du médecin, que les méditations du moraliste et du philosophe.

Je veux essayer de prouver, par un court exposé de faits, que la volonté n'a pas seulement le pouvoir de maîtriser les actes musculaires qui ont lieu dans le cours habituel de la vie; mais que, par son intervention sagement dirigée, son application diversement combinée, elle peut aussi, dans beaucoup de cas, devenir l'une des plus précieuses ressources de la thérapeutique.

Pour procéder avec ordre dans l'examen de cette proposition, j'étudierai successivement le pouvoir de la volonté sur les divers actes qui dérivent du sentiment de l'entendement et du mouvement : car c'est à cette triple faculté que se rapporte l'exercice tout entier de la vie physique, morale et intellectuelle.

Et d'abord l'homme n'a aucun pouvoir de maîtriser *d'une manière directe* ses sensations et ses perceptions. Sa volonté reste impuissante devant la sensation des odeurs, des sons, de la lumière, des saveurs; devant le sentiment de la faim, de la soif, du besoin de respirer, de se reproduire. Bien plus : tous les efforts qu'il tente pour éteindre directement le sentiment du plaisir ou de la douleur, pour arrêter le cours des perceptions visuelles, auditives, olfactives, ne font que les accroître. Ainsi, vouloir imposer silence à la douleur, soit physique, soit morale, c'est en augmenter la violence. Le stoïcien a beau dire : *la douleur n'est point un mal*, la nature lui répond par des actes de contraction musculaire qui décèlent assez toute sa force. Loin d'étouffer la tristesse, la volonté, qui s'attaque directement à elle, semble plutôt en entretenir la cause et l'effet. De même, chercher à modérer sa joie, c'est encore, le plus souvent, en augmenter la vivacité. Telle est surtout celle de toute une classe d'écoliers qui éclate en transports plus ou moins vifs, sous la contrainte et les menaces d'un maître. Qui ne sait que vouloir former son cœur au sentiment de l'amour, c'est l'aiguillonner? que vouloir le faire naître, c'est au contraire l'anéantir. Et ne comptez pas plus sur le pouvoir direct de la volonté pour combattre la haine ou l'aversion que vous inspire telle personne ou tel objet, ni pour surmonter le sentiment de crainte ou de terreur qui vous domine, tous vos efforts seraient encore inutiles, si vous ne parveniez à substituer un mouvement, ou une tout autre passion, à celle qui vous obsède. Et, chose bien remarquable, c'est en cherchant à maîtriser le sentiment qui porte au suicide, qu'il acquiert plus de violence, qu'il devient irrésistible. Il faut avoir reçu les confidences des malheureux que le désespoir poursuit, pour se faire une idée de la lutte affreuse qu'ils ont à soutenir pour surmonter ce dégoût de la vie, et le besoin d'y mettre un terme; comme si, dans cette lutte où la raison et la passion sont aux prises, et s'exaspèrent l'une l'autre par l'opiniâtreté même du combat; où, comme le disait si énergiquement saint Paul, la volonté des membres dispute à la volonté de l'âme l'honneur de la victoire, tout était prévu pour le triomphe de la vertu, aussi bien que pour la gloire de l'humanité.

Il est également vrai que l'exercice de la pensée est entièrement soustrait à l'empire de la volonté. Il ne dépend pas plus de nous d'avoir des idées et des souvenirs que de nous en affranchir; et l'on sait combien sont infructueux tous les efforts que l'on fait pour se rappeler un nom, un mot quelconque, tandis qu'il suffit de cesser tout effort de volonté pour que ce nom ou ce mot apparaisse spontanément à l'esprit. Non-seulement on ne se fait pas à volonté orateur, poëte ou musicien, mais rien n'est plus contraire aux inspirations de l'éloquence ou du génie que l'exercice de la volonté.

Ainsi donc, la volonté ne jouit d'aucune puissance directe ni sur les sensations, ni sur les perceptions, soit affectives, soit morales, soit intellectuelles.

Il n'en est pas de même des actes extérieurs ou physiques qui s'accomplissent sous l'influence immédiate de ces sensations et de ces perceptions. Ici, en effet, la puissance de la volonté est pour ainsi dire sans limite. Aussi active que la pensée dont elle est inséparable, elle veille comme elle, à tous les instants de la vie, et sur les sensations et sur les mouvements. Elle veille dans le sommeil même, car c'est elle qui préside aux actes qui s'opèrent dans les rêves et le somnambulisme; elle veille dans l'état de maladie comme dans l'état de santé, car, alors même que tous les sens sont altérés, elle reste inaltérable avec tous ses calculs et toutes ses combinaisons, même chez l'aliéné. En un mot, elle

établit sans cesse, entre l'homme physique et l'homme moral, une lutte d'où dépend le triomphe de l'un sur l'autre, et rend, par cela même, l'humanité justiciable de tous les actes que condamne la morale ou la société. Et ce n'est pas seulement dans l'ordre moral ou social que la volonté peut tout, mais dans les sciences, lorsqu'elle poursuit sans relâche la solution des problèmes, ou la découverte des mondes; mais dans les arts, lorsqu'elle préside à l'accomplissement des plus grands chefs-d'œuvre de l'esprit humain. Et je ne parle pas de cette volonté qui arme les nations, décide du sort des peuples et des empires, de cette volonté que nous avons vue naguères courant de triomphe en triomphe à la conquête de la terre, ne s'arrêtant que quand une puissance surhumaine vient lui dire aussi : *tu n'iras pas plus loin!*

Envisagée spécialement dans l'homme physiologique et pathologique, la volonté est d'autant plus puissante sur la détermination des mouvements, qu'ils résultent naturellement du fait même de la volonté; et cette loi demeure également applicable aux actes instinctifs et réfléchis, aux actes physiologiques et pathologiques. On sait que par le seul fait de l'habitude, tel individu affecte des positions, des gestes, des mouvements qui acquièrent, avec le temps, toute la force d'une seconde nature, et qui ne peuvent être rompus que par une volonté spontanée ou imprimée, mais nécessairement plus forte que celle qui les entretient. C'est même sur ce principe général d'*orthonomie* des organes qu'est fondé en partie le système d'éducation primitive, ainsi que la loi de perfectibilité humaine; de même que c'est en vertu de son pouvoir que l'homme s'élève aux plus hautes destinées physiques et morales qu'il puisse atteindre.

La volonté maîtrise d'autant plus facilement les déviations de l'action musculaire, qu'elles sont plus récentes, et que les sujets qu'elles affectent sont plus jeunes. Mais on peut établir en principe général qu'*il suffit de vouloir pour pouvoir rompre une habitude musculaire vicieuse, ou tout acte suscité par une passion desordonnée.* Disons toutefois qu'il n'est pas aussi facile qu'on le croit de vouloir. Peu d'hommes savent imprimer à leurs déterminations musculaires une volonté ferme et soutenue. S'observer assez sévèrement, assez constamment et assez longtemps pour vaincre sans retour cette tendance à la répétition des actes qui constituent les tics, les gestes et toutes les habitudes qui blessent nos usages ou nos mœurs; tel est le seul moyen d'y mettre un terme. Des préoccupations diversives, capables de remplacer un mouvement actuel par une sensation quelconque, ou de substituer un mouvement régulier à celui que l'on veut redresser, tel est le moyen d'en assurer l'effet. On concoit que chez l'enfant, qui est incapable de discernement et de spontanéité, il faille diriger la volonté, ou même la contraindre; on peut de cette manière rompre les habitudes les plus anciennes, les plus opiniâtres; et plus tard, lorsque la raison a acquis toute sa maturité, et la volonté toute sa puissance, l'homme devient, pour ainsi dire, justiciable des actes dont il s'agit, parce qu'il peut tout aussi bien, par la seule force de sa volonté, réprimer la perversion de ses mouvements, qu'il peut dompter les effets d'une passion criminelle.

Dans l'état pathologique, la volonté est également douée d'une puissance d'action remarquable sur la faculté motrice. L'orthopédie n'a certainement pas de moyens plus efficaces à opposer à ces *déviations de la taille* qui ont pour cause l'inégalité ou le défaut d'antagonisme des forces musculaires, par suite d'attitudes qu'affectent les sujets qui en sont atteints. Dans ce cas, en effet, des exercices sagement combinés, et soutenus par une grande force de volonté, font souvent tous les frais de la guérison. Je ne citerai que le fait suivant pour justifier cette vérité :

Mlle Edmée V...., de Sézanne, âgée de 17 ans, portait depuis son enfance une déviation du rachis, qui était parvenue en peu d'années à un degré considérable. Toutes les fonctions étaient en quelque sorte enrayées par la gêne des principaux viscères. La déformation du thorax rendait la respiration haletante et causait une toux habituelle; la nutrition se faisait mal; le développement général s'était arrêté dès l'âge de 10 ans, et la stature du corps était celle d'un enfant de cet âge. Mlle V. avait 3 pieds 9 pouces à l'époque où l'on commença le traitement. Les menstrues n'avaient pas paru.

Mais dans cette organisation chétive résidait une volonté forte, qu'excitait encore un ardent désir de tout faire pour changer une position aussi fâcheuse. Une fois instruite de ce qui devait améliorer cette position, Mlle V. n'eut plus qu'une seule idée, qu'une pensée fixe, celle de diriger ses moindres actions vers un but unique, la guérison de son infirmité. Entrée le 8 octobre 1832 dans l'établissement orthopédique du docteur Bouvier, elle devint bientôt un modèle pour ses compagnes, dont elle stimulait le zèle par son exemple et ses discours. Les exercices gymnastiques lui offrirent d'abord des difficultés que toute autre aurait pu trouver insurmontables. Son système musculaire était tellement affaibli, qu'elle éprouvait la plus grande peine à rester suspendue par les bras quelques minutes; hors d'haleine au moindre effort, elle fut plus d'un mois à pouvoir pratiquer une ascension par les mains le long d'une échelle peu élevée. Mais, à force de persévérance, elle finit bientôt par surpasser les plus agiles. De ce moment elle devint pour ainsi dire infatigable. Non contente de remplir sa tâche aux heures de gymnastique avec une scrupuleuse exactitude, elle consacrait encore aux exercices le temps que les autres donnaient à la promenade. On la voyait, dans le cœur de l'été, le visage couvert de sueur, redoublant d'efforts pour ne rien diminuer de leur durée. Elle ne montrait pas moins de zèle dans l'application des appareils mécaniques qui concouraient au traitement avec les exercices gymnastiques.

Cette résolution soutenue porta ses fruits. Il se fit en peu de mois une métamorphose complète dans toute la personne de Mlle V. La toux cessa; la poitrine s'élargit, la respiration devint libre et facile; la nutrition se fit mieux, et le système musculaire en particulier prit un accroissement prodigieux. La face, autrefois pâle et étiolée, acquit la coloration et l'embonpoint de la plus brillante santé. L'appétit, presque nul et irrégulier avant le traitement, devint considérable. Le redressement de l'épine fit de rapides progrès, et l'aspect du tronc était totalement changé au bout de deux ans et demi que dura le traitement. Mlle V. avait alors grandi de sept pouces. Le poids du corps avait augmenté de 22 livres. La force des mains, qui, quelques mois après son entrée dans l'établissement, ne marquait encore que 40 f. au dynamomètre, avait atteint 52 f.; celle des reins avait été portée de 80 f. à 180. Le diamètre transversal de la poitrine avait augmenté de deux pouces, et l'on ne remar-

quait plus qu'une légère différence dans la conformation des côtes à droite et à gauche. Les règles parurent à la fin de la seconde année, et continuèrent depuis régulièrement. Sortie en 1835 de l'établissement de M. Bouvier, Mlle V. n'a rien perdu de sa vigueur, et jouit encore aujourd'hui de tous les avantages que lui a procurés sa volonté inébranlable.

On connaît les heureux effets d'une volonté forte et persévérante pour vaincre les secousses convulsives qui accompagnent, chez certains individus, la prononciation, et qui constituent le *bégaiement*. Assujettir la voix et la parole à une sorte de rhythme ou de mesure, c'est-à-dire parler à haute voix, prononcer syllabe à syllabe, déclamer, chanter, tel est le seul moyen d'y remédier, et l'art le plus perfectionné, le plus efficace, sera toujours la volonté la plus forte et la plus soutenue, celle dont les efforts et les combinaisons tendront le plus à fixer les mouvements de la langue, pendant qu'elle articule des mots. Tous les traitements dont l'expérience a le mieux justifié l'efficacité jusqu'à ce jour, se fondent essentiellement sur ce principe; tels sont surtout ceux qui ont été préconisés dans les derniers temps par Mme Leigh, par MM. Itard, Malbouche et autres auteurs.

Le *strabisme* ou déviation de l'axe visuel, le *nystagmus oculi*, ou mouvement latéral convulsif des yeux, par suite du défaut d'antagonisme des puissances musculaires qui fixent ou meuvent ces organes, sont encore des états morbides auxquels la volonté seule peut remédier. La science possede sur chacun d'eux des exemples de guérison obtenus même chez des sujets adultes, tantôt par la seule force de la volonté, tantôt à l'aide d'instruments ou appareils capables d'en assurer l'effet.

Mais c'est principalement dans la chorée ou danse de S. Guy que la volonté montre une puissance thérapeutique des plus remarquables. On sait que le nom de cette maladie, qui consiste dans une perversion de l'action musculaire, lui vient de ce qu'autrefois un grand nombre de personnes qui en étaient affectées se rendaient en pélerinage à la chapelle de Saint-Guy, en Allemagne, pour y danser jour et nuit jusqu'à leur parfaite guérison. Ce fait, assez généralement oublié ou relégué dans l'histoire des superstitions du moyen âge, méritait du moins quelque attention de la part des praticiens, en ce qu'il signale l'heureux effet d'un mouvement régulier substitué à un mouvement morbide ou perverti. M. Louvet-Lamarre, médecin à Saint-Germain-en-Laye, a su le mettre à profit avec un rare bonheur chez une demoiselle de 11 ans, atteinte de cette maladie, contre laquelle tous les moyens de l'art avaient été presque inutilement employés. Ce médecin, bien persuadé aussi que, dans beaucoup de cas, et après un certain temps, l'habitude seule continue indéfiniment la durée de la maladie, comme celle de beaucoup d'autres affections nerveuses, conçut l'idée de recourir à un traitement gymnastique. Il prescrivit surtout la danse à la corde comme l'exercice le plus propre à soutenir l'attention de la malade et la régularité des mouvements. La jeune personne l'accueillit avec empressement. Elle s'y livrait une grande partie du temps, et en moins de quinze jours le remède avait triomphé de la persistance de la maladie.

J'ai eu occasion moi-même, il y a plusieurs années, de faire la plus heureuse application de ce moyen chez une jeune personne de 12 ans, également atteinte de chorée, qui avait résisté à beaucoup de remèdes; et tout récemment j'ai pu constater l'effet presque miraculeux de l'exercice alternatif de la danse et du piano chez deux demoiselles de la même famille, atteintes successivement de la même affection.

On concevra plus difficilement que la volonté puisse maîtriser les accès d'épilepsie, et pourtant le fait n'est pas non plus sans exemple. Nous avons vu à l'hôpital Saint-Louis, en 1827, un homme, atteint depuis longues années de cette affreuse maladie, se soustraire pour ainsi dire à volonté à ses attaques. Il lui suffisait pour cela de soumettre à un exercice volontaire l'appareil musculaire de la mastication et de la déglutition, en introduisant dans sa bouche des aliments solides aussitôt qu'il était averti des premiers indices du retour des accès.

On connaît l'histoire de l'épidémie d'épilepsie survenue dans un couvent de Harlem, sous la seule influence de l'imitation, et que la contrainte et la menace, conseillées par le grand Boerhaave, guérirent comme par enchantement. De tels faits n'étonnent pas ceux qui ont étudié les lois de la vie dans l'observation intime de l'organisme, et qui ont appris, dans l'appréciation des phénomènes morbides, que les plus graves désordres des facultés sensitives et motrice peuvent être indépendants d'aucune lésion matérielle, et n'avoir souvent d'autre cause qu'une déviation de l'innervation. Sous ce rapport, le tétanos est encore une affection contre laquelle l'intervention de la volonté peut opérer des effets que l'on attendrait quelquefois en vain des médications les plus énergiques. Tel fut surtout le cas bien remarquable, publié par mon excellent ami le professeur Cruveilhier, d'un tétanos traumatique porté au plus haut degré d'intensité, où la volonté seule, après une foule de remèdes inutilement employés, vint, comme par miracle, arracher le malade à une mort qui semblait inévitable. Témoin des secousses convulsives du diaphragme et de tous les muscles de la respiration, qui déjà donnent lieu à tous les symptômes d'une véritable asphyxie, M. Cruveilhier ne voit plus d'autre moyen de salut pour le malade que de soumettre l'appareil musculaire de la respiration à l'empire d'une volonté capable de maîtriser les mouvements involontaires ou convulsifs. Il se place de suite devant le malade, lui ordonne de faire des inspirations profondes, aussi rapprochées que possible, et mesurées en quelque sorte sur les mouvements alternatifs d'élévation et d'abaissement des bras, auxquels il se livre. Le malade s'y prête avec autant de confiance que de docilité. Les secousses convulsives, qui étaient d'abord presque continuelles, s'éloignèrent de plus en plus par cette respiration cadencée, et en peu de jours tous les accidents firent place à la santé.

Le tremblement sénile qui tend nécessairement à s'accroître par la nature même de sa cause, et qui devient quelquefois assez considérable pour rompre l'harmonie de tous les mouvements, n'est pas lui-même irrésistible à la puissance de la volonté. J'ai vu un vieillard de 84 ans, atteint au dernier point de cette sorte de trémulation qui l'empêchait d'écrire un seul mot, et qui, à force d'étude et de patience, était parvenu à imprimer aux mouvements convulsifs de ses doigts une direction qui lui permettait de tracer des mots et des lignes avec une merveilleuse régularité.

La loi d'équilibre ou de statique musculaire tient souvent à si peu de chose qu'un rien peut la détruire, comme un rien peut la rétablir : il suffit quelquefois, pour opérer

ce dernier effet, que la volonté imprime au mouvement actuel un surcroît d'impulsion. L'homme ivre, qui trébuche à chaque pas dans la marche ordinaire, et qui se soutient parfaitement dans la course ou la marche précipitée ; l'homme en santé même, qui perd tout à coup l'équilibre dans la station ou la marche, et le recouvre en pressant le pas ou en courant, nous fournissent des preuves de cette vérité.

La volonté peut également surmonter l'action musculaire pervertie de l'appareil d'association des deux vies intérieure et extérieure. On peut à volonté maîtriser le bâillement et l'éternument, on peut même suspendre le hoquet en substituant une forte contraction des muscles de la déglutition à la contraction convulsive du diaphragme et des muscles intrinsèques et extrinsèques du larynx. On peut encore lutter avec plus ou moins de succès contre les efforts de la toux. Ce qui n'est pas seulement à noter comme résultat du pouvoir de la volonté, mais encore comme remède à utiliser dans beaucoup de cas. La toux, en effet, n'est quelquefois ni une maladie, ni une nécessité. Elle constitue souvent une habitude vicieuse, et dans tous les cas, elle devient elle-même une cause incessante de toux, que l'on ne saurait trop s'attacher à modérer ou à reprimer. Or, la volonté, aidée surtout de sensations capables de la détruire, ou d'actions musculaires capables de la divertir, est, sans contredit, le moyen le plus puissant que l'art puisse lui opposer. On voit des enfants atteints de coqueluche, qui, tout préoccupés de leurs jeux, restent des heures entières sans éprouver le besoin de la toux, tandis qu'ils sont à chaque instant soumis à de nouvelles quintes dans l'état de repos ou de sommeil, et je n'ai point été surpris en lisant quelque part que des médecins anglais guérissent la coqueluche par la distraction, quelquefois en plaçant les malades sous l'influence du bruit des usines.

La même remarque peut également s'appliquer à la dysurie, à la dyssenterie et à d'autres affections des sphyncters, où l'état spasmodique accompagne et domine souvent l'état inflammatoire, et qui sont de nature à s'aggraver, à se perpétuer par le fait même de la répétition des actes d'excrétion auxquels se prêtent les malades, et que la volonté pourrait encore maîtriser.

L'asthme vrai, purement nerveux ou spasmodique, peut aussi recevoir une heureuse influence de l'intervention sagement combinée de la volonté, soit en surmontant par une respiration artificielle le spasme des tuyaux et des vésicules bronchiques devenus inaccessibles à l'air, soit en modifiant par la préoccupation des sens l'exercice actuel de la sensibilité pulmonaire. C'est pour atteindre le premier but que Laënnec recommandait à certains malades de lire à haute voix, afin de prolonger l'expiration et de rendre l'inspiration plus complète.

Je tiens d'un honorable membre de l'Académie, de M. le docteur de Lens, le fait remarquable d'un asthme très-intense qu'il parvint, sinon à guérir complétement, du moins à soulager d'une manière très-sensible par une combinaison d'efforts respiratoires ayant pour effet de régler, de coordonner les inspirations, de les rendre aussi profondes, aussi complètes que possible.

La volonté, appliquée à la distraction des sens, peut de même opérer d'heureux effets sur l'asthme, lorsque surtout les accès, qui, comme on le sait, ont lieu le plus communément la nuit, paraissent autant l'effet du repos des sens externes que celui de la révolution nycthémérale. Laënnec a raconté à ce sujet l'histoire fort curieuse d'un malade qui arrêtait à volonté ses accès, en allumant une lampe ou une bougie, et en divertissant ses sens sur tous les objets composant l'ameublement de sa chambre.

Qui ne sait que beaucoup de gastralgies, d'hystéries, d'hypochondries, de fièvres intermittentes même, et beaucoup d'autres affections nerveuses, si souvent réfractaires à toutes nos indications pharmaceutiques, n'ont cédé qu'à des exercices musculaires, à des voyages de long cours, à des promenades à cheval ou en voiture, à la fréquentation des établissements lointains d'eaux minérales; ce qui veut bien dire quelquefois aussi à la distraction des sens, au mouvement, en un mot, à la volonté.

Parlerai-je enfin de cette autre classe de maladies nerveuses désignées sous le titre générique de maladies mentales, où tout atteste une aberration des sens et où rien ne décèle de lésion matérielle ; où toutes les ressources de la thérapeutique sont dans la médecine morale, dans la puissance de la volonté; où le rôle du médecin est alors de convaincre, celui du malade de vouloir : rôle également difficile pour l'un et pour l'autre, quelquefois même impossible, et pourtant, il faut le dire, le seul que l'art puisse dans beaucoup de cas opposer à ce genre d'affections.

Il est très-vrai que la volonté est d'autant plus efficace sur l'action musculaire, qu'elle s'exerce plus habituellement sur les mouvements appelés *volontaires ;* mais l'expérience prouve aussi que les muscles qui semblent les plus indépendants de la volonté, et que l'on a nommés pour cela *involontaires*, ne sont pas absolument soustraits à sa puissance. On a cité l'exemple d'un colonel suisse, qui était parvenu à suspendre à volonté l'action de son cœur ; Bichat, Gosse de Genève, et Montégre, avaient acquis la faculté de contracter à volonté leur estomac ; et l'on sait qu'il n'est pas impossible de vaincre la tendance à la syncope, au mal de mer et au vomissement, par la seule force de la volonté.

Mais un fait bien digne de remarque, et dont les conséquences pratiques méritent encore toute l'attention du médecin, c'est que la volonté, dont la puissance est si énergique et pour ainsi dire incalculable sur les mouvements de contraction, ne peut rien sur les mouvements qui tendent au relâchement musculaire. Ainsi, tout individu qui se contracte, dans l'appréhension de la douleur, reste soumis à la puissance instinctive de cette contraction, malgré tous les efforts de volonté qu'il exerce pour la surmonter. Ainsi, la contraction du pharynx, qui provoque la crainte de la déglutition, suffit souvent pour apporter à cet acte physiologique un obstacle que toutes les déterminations de la volonté ne font qu'accroître. On avale par inadvertance un noyau de fruit ou tout autre corps plus ou moins volumineux, et l'on ne peut souvent, même avec la plus ferme résolution possible, accomplir la déglutition d'une dose très-minime de substance médicamenteuse, et je suis bien persuadé que l'hydrophobie dont certaines femmes nerveuses offrent l'exemple n'a souvent d'autre cause que la lutte qui s'opère entre la crainte et le désir ou la volonté d'avaler.

Autres exemples : c'est en vain que vous sollicitez d'un malade dont vous explorez le bas-ventre le relâchement de ses muscles abdominaux. Tous ses efforts de volonté ne feront qu'accroître la contraction qu'il cherche à maîtriser.

Il en est de même de l'individu à qui l'on veut réduire une luxation. Plus on insiste alors pour obtenir de sa volonté un relâchement musculaire, et plus on augmente l'état de contraction qui fait obstacle à la réduction. Que s'il s'opère inopinément, et par une cause physique ou morale quelconque, une distraction de la volonté, tous les muscles tombent aussitôt dans le relâchement, et la réduction s'opère souvent comme par enchantement.

La même chose a lieu dans toutes les circonstances de la vie où s'opère le relâchement musculaire, et pour ne plus citer qu'un seul exemple bien frappant, le sommeil, qui consiste essentiellement dans le relâchement de la fibre musculaire, veut être affranchi du pouvoir de la volonté. Aussi, vouloir obtenir le bienfait du sommeil, c'est infailliblement l'éloigner, c'est volontairement se condamner à l'insomnie.

Si, comme nous l'avons dit, il demeure constant que la volonté ne jouit d'aucun pouvoir direct sur la sensibilité ou faculté de sentir, il n'est pas moins prouvé qu'elle peut, dans beaucoup de cas, la divertir, l'affaiblir ou même la suspendre, soit en modifiant ou en transformant son exercice actuel, soit en lui substituant une contraction musculaire plus ou moins forte. Il est même une sorte d'instinct qui nous avertit, dans la souffrance, de cet effet remarquable du mouvement sur la sensibilité. L'homme qui éprouve une douleur quelconque, une névralgie, par exemple, se meut et s'agite instinctivement comme pour appeler sur l'appareil musculaire et dépenser en mouvement le principe de sa douleur. L'expérience prouve que l'état convulsif, qui n'est que l'exagération de la contraction musculaire, fait cesser immédiatement la douleur, et l'on sait que l'épilepsie, qui est le *summum* de l'état convulsif, rend l'organisme absolument insensible aux excitants même les plus énergiques.

D'après cela, on concevra facilement qu'une forte volonté puisse imprimer à l'action musculaire un tel degré de contraction qu'elle ne laisse aucune prise à la sensibilité, ni à l'état morbide, et je ne sais quel auteur a dit que la mort elle-même ne résisterait pas à sa puissance. Si Mucius Scœvola demeure impassible, pendant que son bras reste exposé à la flamme ardente qui le brûle, c'est qu'il va spontanément au devant du sacrifice que lui prépare la vengeance de Porsenna, pour montrer aux ennemis de sa patrie tout le pouvoir d'une volonté romaine. Si le guerrier dans l'élan du patriotisme et l'ardeur du combat, ne s'aperçoit pas du coup mortel qui l'a frappé, c'est que son organisme est dans une surexcitation musculaire, qui rend sa sensibilité muette à l'impression de la douleur.

La volonté, qui est le courage par excellence, est, par cela même aussi, l'auxiliaire nécessaire de cette force de réaction ou de résistance vitale, sans laquelle toutes les combinaisons thérapeutiques sont le plus souvent impuissantes. Sous ce rapport, il n'est peut être aucune maladie à laquelle elle ne puisse apporter le bienfait de son influence. Mais, c'est surtout dans les épidémies qui semblent porter les premières atteintes au principe de vie même, que la volonté montre toute sa puissance. On sait que ce sont, en général, les hommes les plus volitifs, c'est-à-dire les plus courageux et les plus dévoués, qui sont les plus réfractaires aux coups de la contagion; et sans chercher nos exemples dans les annales de la science, le choléra nous a fourni mille preuves de cette vérité; car, si tout est encore mystère sur l'étiologie comme sur le traitement de cette maladie, il paraît du moins constaté, par l'observation la plus unanime, qu'il y a eu moins de victimes parmi les individus actifs, laborieux, toujours agissants, que parmi ceux qui, par crainte ou par prudence, se concentraient dans leur demeure pour s'abandonner au repos ou à l'inertie.

Nous avons vu des médecins, que le fléau poursuivait sans relâche, s'arracher pour ainsi dire à sa fureur par la seule puissance de la volonté, c'est-à-dire à force d'exercice, de veilles et de mouvement.

L'un des ministres de Charles X, M. de Montbel, que sa malheureuse destinée politique conduisit en 1830 sur une terre d'exil, au moment où le choléra y sévissait avec toute sa violence, eut bientôt à lutter aussi contre ses attaques. Atteint pendant la nuit de tous les symptômes de la maladie, il s'insurge aussitôt contre elle et s'apprête à lui résister avec toute la puissance d'une ame forte et courageuse. Il sort de son lit, s'habille et court à grands pas mettre ordre à ses affaires; il reste plusieurs jours dans une continuelle réaction de corps et d'esprit, et parvient ainsi à vaincre l'ennemi le plus redoutable, peut-être, que la médecine ait eu à combattre jusqu'à ce jour.

En résumé, il nous paraît résulter évidemment des faits qui précèdent, et que la plus simple observation pourrait multiplier à l'infini, les corollaires suivants :

1° La volonté n'a aucune puissance directe et immédiate sur l'exercice des sensations naturelles et accidentelles, non plus que sur les perceptions, soit affectives, soit morales, soit intellectuelles.

Mais elle peut interrompre et changer le cours d'une sensation ou d'une perception actuelle, en lui substituant une autre sensation, une autre perception, ou un mouvement quelconque.

2° La volonté exerce une puissance directe et, pour ainsi dire, illimitée sur l'action musculaire, soit dans l'état physiologique, soit dans l'état pathologique.

Mais son pouvoir est d'autant plus efficace qu'il s'exerce sur l'action musculaire de la vie volontaire ou de rélation.

3° La volonté exerce également une puissance remarquable sur les actes physiologiques et pathologiques de la vie intérieure ou involontaire.

Mais elle demeure complètement inefficace sur les contractions instinctives qui ont pour cause l'appréhension de la douleur, ainsi que sur les actes musculaires qui ont pour but et pour effet le relâchement de la fibre motrice; et de même que la contraction musculaire est soumise tout entière à la volonté, de même aussi le relâchement musculaire est, en partie, soustrait à l'empire de cette faculté.

4° Enfin, la volonté peut imprimer à la fibre musculaire un tel degré d'excitation et de contraction qu'elle ne laisse à la fibre sensitive aucune prise aux impressions extérieures même les plus énergiques.

Mémoire sur la métro-péritonite simple et compliquée; par M. Nonat, Médecin du Bureau central.

Rapport fait sur ce mémoire à la Société de médecine; par MM. Delens, Roche et Téallier, rapporteur.

Depuis l'antiquité la plus reculée jusqu'à nos jours, les maladies des femmes en couches ont été pour les

praticiens un sujet de méditation et de recherches sérieuses. La fréquence de ces maladies, la rapidité de leur marche, le danger dont elles s'accompagnent, le siége qu'elles occupent et la spécialité de leurs causes, ont excité la solicitude et exercé la sagacité des meilleurs observateurs. Que d'efforts ont été tentés depuis Hippocrate pour établir avec précision l'étiologie des maladies décrites sous le nom de *fièvres des femmes en couche!*

Ces efforts ont-ils été sans résultat? La science est-elle restée dans cette incertitude sur le siége et la nature de ces maladies, qui les faisait considérer, tantôt comme une inflammation pure et simple de l'utérus, par Hippocrate et tous les médecins de l'antiquité jusqu'à Willis, qui leur donna le nom de fièvre puerpérale; tantôt comme une inflammation des intestins, de l'épiploon ou du mésentère, et plus tard, au commencement de notre ère, comme une inflammation du péritoine? Grâce aux travaux des anatomo-pathologistes modernes qui ont répandu de si vives lumières sur la plupart des questions de pathologie, l'obscurité qui enveloppait l'origine de celle qui nous occupe s'est en grande partie dissipée. Il est bien reconnu aujourd'hui que les accidents graves compris sous la dénomination générique de *fièvre puerpérale* ne dépendent pas de la lésion d'un organe unique: le rôle important que l'utérus joue dans l'acte de la parturition devait, il est vrai, le faire considérer comme le point de départ le plus naturel et le plus ordinaire de ces accidents; la fréquence des altérations de ses ligaments suspenseurs, du péritoine, des trompes et des ovaires, avait aussi de tout temps frappé l'attention des observateurs; mais les lésions les plus fréquentes, les plus graves et les plus fécondes en sinistres résultats, celles des vaisseaux veineux et lymphatiques, leur avaient entièrement échappé, lorsque Clarke signala la présence du pus dans les veines utérines.

La lésion de ces vaisseaux fut également reconnue par Wilson et Chaussier, par MM. Ribes et Husson; mais c'est à Dance qu'est dû l'honneur d'avoir démontré le premier, dans son mémoire sur la phlébite publié en 1828, l'inflammation des veines dans la péritonite puerpérale, et d'avoir rapporté à cette inflammation les phénomènes adynamiques qui accompagnent quelquefois ce genre d'affections.

Nous allons, messieurs, jeter un coup-d'œil rapide sur le travail de Dance et sur quelques-uns des écrits qui ont été publiés depuis Dance sur les lésions puerpérales des veines et des vaisseaux lymphatiques. L'importance du sujet nous fera pardonner cette digression, qui rentre d'ailleurs dans l'analyse du mémoire de M. Nonat.

Dance décrit en anatomiste habile les lésions des veines dans la phlébite utérine; il indique le point de départ de l'inflammation à l'orifice béant des veines dans les sinus utérins qui correspondent à l'insertion du placenta. Il suit avec une grande exactitude la marche du pus dans le système veineux; il signale son dépôt et sa collection dans les divers organes, et notamment dans le parenchyme du poumon, à la superficie de l'organe, entre son tissu et la séreuse qui l'enveloppe. Dans ce travail, qu'on ne saurait trop méditer, Dance rattache invariablement la phlébite utérine à la métrite puerpérale. Il avait ainsi fait faire un grand pas à la connaissance de l'étiologie de la maladie; mais Dance observait dans un hôpital (l'Hôtel-Dieu) qui n'était point exclusivement consacré au traitement des femmes en couches; les cas soumis à son observation, peu nombreux, isolés, ne lui présentaient pas, selon toute apparence, la maladie sous toutes ses faces et avec toutes les lésions qu'elle comporte; peut-être aussi n'est-il pas donné au même observateur de tout découvrir. Quoi qu'il en soit, Dance ne dit rien des lésions des vaisseaux lymphatiques.

Un an plus tard, en 1829, un autre observateur non moins recommandable, M. Tonnellé, alors interne à l'hospice de la Maternité, fut témoin de l'une de ces épidémies de fièvres puerpérales qui ravagent si souvent les établissements consacrés aux femmes en couches. Comme Dance, M. Tonnellé reconnut la fréquence de la phlébite utérine dans ces fièvres, et de plus il signala, comme cause étiologique tout aussi fréquente, la lésion et la suppuration des vaisseaux lymphatiques.

Dans cette épidémie de fièvre puerperale, M. Tonnellé constata les altérations du péritoine, l'inflammation de l'utérus, la suppuration des veines et des vaisseaux lymphatiques de l'utérus, rencontrée trois fois sur cinq cas; de vastes collections purulentes dans le centre des muscles et dans les cavités articulaires, effet direct et immédiat de l'absorption du pus, de son mélange avec le sang et de son transport et de son dépôt au sein des organes; enfin le ramollissement et la putrescence de l'utérus. M. Tonnellé fait déjà remarquer le chiffre très-élevé des altérations des vaisseaux lymphatiques, dans lesquels il a trouvé du pus trente-deux fois sur deux cent vingt-deux ouvertures de corps faites à la suite de fièvre puerpérale. Néanmoins, tout en n'élevant aucun doute sur la formation du pus dans la cavité même des veines, par suite de leur inflammation, cet habile observateur a laissé encore au temps et aux recherches ultérieures à décider si le pus, rencontré dans les vaisseaux et les ganglions lymphatiques, est aussi le résultat de leur inflammation propre.

Cette question devait provoquer de nouvelles recherches et se résoudre tôt ou tard par l'affirmative ou par la négative. En 1830, M. Duplay, placé sur le même théâtre que M. Tonnellé, reprit les travaux de son prédécesseur sous la direction du même chef, M. Désormeaux. Soit qu'il se fût attaché d'une manière plus spéciale à l'étude des lésions des vaisseaux lymphatiques pendant le cours de l'épidémie qu'il eut à observer, soit que dans cette épidémie les lésions des vaisseaux lymphatiques fussent plus multipliées que dans celles qui l'avaient précédée, M. Duplay rencontra du pus dans les vaisseaux lymphatiques de la plupart des sujets soumis à la nécropsie. Ce médecin n'a jamais trouvé du pus dans les lymphatiques, sans altération de la matrice, de ses dépendances ou du péritoine; d'où il se demande si ce pus est le produit de l'inflammation des vaisseaux lymphatiques, ou s'il est seulement absorbé et charié par ces vaisseaux. Il finit par se ranger à l'opinion de M. Cruveilhier, qui admet que les vaisseaux lymphatiques ne sont point enflammés dans leurs principaux troncs, mais que le pus qui les parcourt n'en est pas moins le produit d'une phlegmasie qui aurait attaqué un point plus ou moins éloigné du système lymphatique, et plus ou moins rapproché de ses ramifications capillaires. Bien que présentée avec des restrictions, cette opinion fait insuffisamment pressentir la nature inflammatoire des lésions des vaisseaux lymphatiques.

Dans son mémoire sur les maladies du système lymphatique, imprimé en 1835, M. Velpeau prouve par

les faits et par le raisonnement l'inflammation des vaisseaux lymphatiques. Si l'angioleucite n'a pas été signalée d'une manière plus positive jusqu'à ce jour, c'est parce qu'il est souvent difficile de la distinguer au milieu des lésions des autres systèmes, du système veineux, par exemple, avec lesquelles elle existe et se confond fréquemment. Selon M. Velpeau, les altérations des vaisseaux lymphatiques sont si évidentes qu'on ne peut plus révoquer en doute le caractère inflammatoire de la maladie qui les produit. M. Velpeau ne s'occupe pas, il est vrai, de l'angioleucite utérine puerpérale ; mais ce qu'il dit de la lésion des lymphatiques en général nous paraît applicable à celle des mêmes vaisseaux dans le cas de fièvre puerpérale. L'angioleucite, comme la phlébite des membres, ne diffèrent de l'angioleucite et de la phlébite puerpérales que par leur cause déterminante et par la disposition organique particulière qui imprime à ces dernières quelque chose de spécial dans leur développement, leur marche et leur terminaison.

On trouve encore des observations intéressantes, et qui peuvent servir à l'histoire de la fièvre puerpérale, dans plusieurs thèses soutenues à la faculté de médecine de Paris, et entr'autres dans celles de MM. Danyau, Fernandès, Legallois, Boyer (de Nîmes); dans un mémoire de M. Montault, dont vous venez de récompenser et d'encourager les efforts, imprimé en 1831 dans le journal complémentaire des Sciences médicales, et dans la thèse de M. Nonat lui-même, qui, dès 1832, annonçait le travail plus important qu'il vient soumettre aujourd'hui à votre jugement. Tous ces travaux déposent de l'utilité des recherches anatomiques pour établir sur des bases solides l'étiologie des lésions diverses qui se rencontrent dans les maladies des femmes en couches. Ces lésions sont si nombreuses que nous n'hésitons pas à réclamer la réhabilitation de la dénomination de *fièvre puerpérale*, sous laquelle elles étaient comprises. Nous savons ce que cette expression a de mal sonnant pour les esprits rigoureux ; aussi ne lui donnons-nous la préférence qu'en tant qu'elle serait considérée comme un terme générique plus large, qui ne préjuge rien sur le siège et la nature de la maladie. La fièvre puerpérale serait la conséquence, tantôt d'une métrite simple ou d'une métrite compliquée de phlébite ; de lymphangite, d'ovarite, de péritonite ou d'entérite ; ou l'expression de chacune de ces maladies prises séparément, si toutefois elles sont susceptibles d'exister isolément et exemptes de toute complication. M. De Lens voudrait que l'expression *fièvre puerpérale* fût conservée pour désigner la métro-péritonite puerpérale qui règne épidémiquement dans les hôpitaux, et qui reconnaît pour cause l'infection miasmatique, que l'on conservât à chacune des lésions qui s'observent dans les maladies des femmes en couches, et qui se développent d'une manière sporadique, la dénomination qui leur est propre. Trop de sévérité dans l'expression donne à l'idée qui s'y rattache quelque chose de trop arrêté qui nuit aux progrès de la science. Ainsi, des observateurs d'un grand mérite, nos collègues, MM. Gasc et Baudelocque, en renfermant dans la péritonite puerpérale presque toutes les maladies des femmes en couches, ont évidemment trop restreint le nombre des autres lésions qui peuvent donner lieu à la fièvre puerpérale. Pour M. Baudelocque, qui imprimait son traité de la péritonite puerpérale en 1830, à cette époque où les lésions de l'utérus étaient signalées de toutes parts, ces mêmes lésions sont des complications rares de la péritonite puerpérale. L'inflammation des veines de l'utérus ne complique que quelquefois celle du péritoine. Cet auteur ne dit que quelques mots de l'inflammation des lymphatiques. M. Baudelocque n'avait à traiter, il est vrai, que de la péritonite puerpérale; mais la lésion du péritoine est si intimement liée à celle de l'utérus et de ses vaisseaux, qu'on a lieu de s'étonner qu'un praticien si judicieux ait tenu si peu compte du rôle très-important que les altérations de ces organes jouent dans la péritonite puerpérale. On ne peut attribuer cette lacune dans son ouvrage, d'ailleurs très-remarquable, qu'à une préoccupation d'esprit qui lui faisait rechercher et voir toute la maladie dans la lésion du péritoine.

Après cet aperçu historique que nous vous prions, Messieurs, de nous pardonner en faveur de l'importance du sujet, nous arrivons au mémoire de M. Nonat.

Ce travail est le résumé des nombreuses observations que son auteur a recueillies à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. Caillard, pendant l'épidémie qui règna en 1831 parmi les nouvelles accouchées reçues dans cet hôpital. Il est divisé en deux parties. La première renferme trois groupes de faits destinés à faire ressortir les caractères propres et différentiels de la métro-péritonite puerpérale simple ou compliquée. La seconde partie traite de tout ce qui concerne les caractères anatomiques, l'étiologie, les causes prédisposantes et occasionnelles, les symptômes et le traitement de la maladie.

Le premier groupe de faits comprend sept observations de métro-péritonite puerpérale simple ou coïncidant avec des ovarites, la gastro-entérite, des mammites, des pleuro-pneumonies, l'arthritis, et la plupart, avec la diarrhée. La dernière de ces observations nous présente déjà la lymphangite utérine en voie de guérison, et l'ovarite terminée par suppuration. Elle sert de moyen de transition de ce premier groupe au second, où sont contenus les faits relatifs à la métro-péritonite puerpérale compliquée de lymphangite utérine.

Le second groupe renferme trente observations de métro-péritonite compliquée de la suppuration des vaisseaux lymphatiques (lymphangite utérine). Dans ces treize observations qui ont entre elles des traits frappants de ressemblance, on trouve également dans tous les symptômes caractéristiques de la lymphangite utérine : fièvre intense au début, douleur vive de l'hypogastre, ballonnement du ventre, respiration gênée, symptômes typhoïdes promptement développés..., et, à l'autopsie, suppuration des vaisseaux lymphatiques du col de l'utérus, de ceux qui rampent sur les côtés du corps de cet organe, de ceux des ovaires, du bassin, des ganglions vertébraux, et quelquefois du canal thoracique. Dans toutes ces observations on a pu constater, durant la vie, les phénomènes que l'on rattache aux fièvres putrides-typhoïdes.

Les cinq observations qui suivent forment le troisième groupe où la métro-péritonite puerpérale se trouve compliquée de l'inflammation des veines utérines. Cette inflammation a été retrouvée une fois dans les veines crurales et iliaques; elle s'est présentée seule et exempte de toute complication ; mais le plus souvent elle s'est accompagnée de la lésion des vaisseaux lymphatiques avec suppuration, de pneumonie, d'érysipèle.

C'est à ce groupe qu'appartiennent les collections purulentes qui se rencontrent fréquemment à la suite des phlébites en général, dans le parenchyme des or-

ganes, et plus particulièrement dans celui du poumon.

Toutes ces observations, qui ont été complétées par la nécropsie, sont rédigées avec une méthode dans l'exposition des symptômes, une abondance de détails dans les descriptions, et une précision dans les recherches anatomiques, qui dénotent, dans le médecin qui les a recueillies, un praticien attentif, exercé et consciencieux. Elles sont suivies de réflexions qui font ressortir les rapports de ressemblance que celles du même genre ont entre elles et avec celles des autres groupes. Les caractères pathologiques et anatomiques qui les distinguent les unes des autres, ou qui séparent chaque série, ne sont pas exposés avec moins d'exactitude et de clarté. De manière qu'après la lecture de chacune de ces observations, la conviction du fait qu'elle mentionne reste gravée dans l'esprit. Quelques-unes de ces observations sont peut-être un peu longues, ce qui tient à l'abondance des détails qu'elles renferment; mais ce reproche, si cela en est un, est amplement compensé par les éloges que méritent les réflexions judicieuses et les remarques d'utilité pratique dont l'auteur les a enrichies. Elles sont écrites d'ailleurs avec une pureté et une facilité de style qui donnent à leur lecture un charme tout particulier.

Dans la seconde partie de son mémoire, M. Nonat s'occupe, comme nous l'avons dit, des caractères anatomiques, de l'étiologie, des causes, des symptômes, de la terminaison et du traitement de la métro-péritonite puerpérale. Puisant ses renseignements dans les faits qu'il a observés, il établit d'une manière positive l'inflammation des vaisseaux lymphatiques dans un grand nombre de cas, et notamment de ceux du col de l'utérus; tandis que, dans l'épidémie qu'il a décrite, M. Tonnellé fait mention du pus trouvé dans les lymphatiques du corps de cet organe, à l'exclusion de ceux du col. Cela prouverait que dans les deux épidémies, les lésions de l'utérus étaient les mêmes, quant à leur nature; mais qu'elles différaient, quant à leur siège. C'est dans la métro-péritonite compliquée de lymphangite, qu'on retrouve ces vastes collections purulentes dans les fosses iliaques et dans le bassin; et c'est au contraire dans la même maladie, compliquée de phlébite, qu'on observe ces abcès multiples, ou plutôt ce dépôts de matière purulente dans les organes éloignés, le poumon, le foie, la rate, dans les articulations et les intertices des muscles des membres. Ce pus est ici le produit des veines enflammées, comme il a été reconnu qu'il provenait des lymphatiques même, dans les cas de lymphangite.

L'inflammation du péritoine se montre dans le plus grand nombre des cas. Lorsque la métro-péritonite puerpérale est compliquée de phlébite et de lymphangite, tous les organes peuvent être momentanément le siège de lésions plus ou moins graves.

Il n'est pas facile de distinguer de prime-abord la phlébite de la lymphangite. Nous voyons dans le mémoire que la dernière s'annonce par une fièvre intense; mais la phlébite et la plupart des maladies aiguës débutent de la même manière. La lymphangite donne lieu aux symptômes typhoïdes qui sont également provoqués par la phlébite. Les frissons irréguliers sont les symptômes pathognomoniques de la phlébite; et le signal du passage du pus dans le torrent circulatoire. Dans la phlébite, les accidents nous ont paru marcher avec plus de rapidité et d'intensité : c'est surtout dans cette dernière complication qu'on a vu la mort survenir douze ou quinze heures après le début de la maladie, et, chose surprenante! qu'on a trouvé du pus déjà tout formé dans les veines et les organes!

Pour faire mieux apprécier la valeur des divers moyens thérapeutiques employés contre la métro-péritonite puerpérale, M. Nonat rapporte plusieurs observations où l'application de chaque méthode de traitement proposée a été faite. Il passe en revue et il discute savamment chacune de celles qui ont paru successivement sur la scène médicale; mais il s'attache plus particulièrement à la description du traitement qui a été mis en usage dans le cours de l'épidémie dont il trace l'histoire.

La première condition à remplir, la principale et peut-être l'unique condition pour prévenir la métro-péritonite puerpérale, c'est d'éloigner la femme en couches de toute les circonstances hygiéniques favorables au développement de la maladie. Et parmi ces circonstances, l'encombrement des accouchées et leur séjour dans un hôpital doivent être considérés comme les plus décisives. C'est dans ces établissements, où la maladie est pour ainsi dire endémique, qu'on voit se manifester, presque chaque année, ces épidémies meurtrières qui font le désespoir des médecins, et contre lesquelles viennent échouer toutes les ressources de la thérapeutique. Hâtons-nous de dire que ces épidémies sont renfermées presque constamment dans ces asiles de la misère, et que, si quelques cas de métro-péritonite puerpérale se rencontrent dans la pratique ordinaire, la maladie se présente bien rarement avec ce cortège formidable de symptômes qui mettent quelques heures seulement d'intervalle entre le moment de leur apparition et la terminaison fatale de la maladie.

Avant de faire un choix parmi les méthodes de traitement proposées, et qui sont en grand nombre, il importe d'établir une distinction entre la métro-péritonite puerpérale sporadique et celle qui règne épidémiquement dans les hôpitaux. Les saignées et le traitement anti-phlogistique, par exemple, qui figurent en première ligne des moyens efficaces contre la métro-péritonite sporadique, sont loin d'avoir les mêmes avantages lorsque la maladie a le caractère épidémique, et que parmi ses causes prochaines elle compte l'infection miasmatique. Les saignées, dans ce cas, ont été presque constamment nuisibles. De grands praticiens, Doulcet entre autres, durent y renoncer complètement à la vue des mauvais effets qu'elles produisaient. Pendant l'épidémie qui, en 1786, fit d'affreux ravages dans les salles de l'Hôtel-Dieu de Paris, Doulcet remplaça la saignée par l'ipécacuanha, et il obtint avec ce médicament des succès extraordinaires, qui, malheureusement, n'ont pas été les mêmes dans d'autres épidémies qui semblaient présenter les mêmes indications à remplir. Il en a été de même du traitement par les saignées, les frictions mercurielles, l'émétique à faible et à haute dose, les purgatifs, les sels alcalins, les toniques, l'huile de térébenthine; toutes ces médications ont été tour à tour vantées avec exagération ou rejetées avec dédain; et sans doute, dans l'un et l'autre cas, il y a eu, de la part de ceux qui les employaient, prévention ou précipitation dans le jugement à porter.

M. Nonat a vu échouer presque également toutes les méthodes de traitement dans l'épidémie qu'il a observée. Que pouvait la thérapeutique contre une maladie qui tuait quelquefois dans l'espace de douze à quinze heures, de deux à trois jours! Pour être utiles, les saignées devaient être pratiquées dans les premières heu-

res du début de la maladie. Plus tard, au bout de vingt-quatre heures, elles étaient évidemment nuisibles en favorisant la résorption du pus qu'on trouvait déjà tout formé dans les veines et les vaisseaux lymphatiques, après quinze ou vingt heures du début de la maladie, lorsqu'elle avait été foudroyante. Quelques cas rares de guérison obtenus par les diverses méthodes de traitement font exception. L'auteur avoue néanmoins qu'il lui serait difficile d'assigner à chacun des moyens mis en usage la part qui pouvait lui revenir dans le résultat final, la guérison. Il termine en déclarant, qu'il ne possède aucun exemple de guérison due exclusivement, soit à l'ipécacuanha, soit aux purgatifs, soit au calomélas, soit aux sels alcalins, soit à l'huile de térébenthine.

Le travail de M. Nonat couronne dignement les efforts tentés depuis quelques années pour dissiper l'obscurité qui enveloppait l'histoire des fièvres puerpérales. Cet habile observateur a revu tout ce que ses prédécesseurs avaient signalé; de plus, il a constaté et établi invariablement l'inflammation des vaisseaux lymphatiques dans un grand nombre de cas de métro-péritonite puerpérale. Son travail est le complément indispensable des recherches qui serviront un jour de base à une bonne histoire des maladies des femmes en couches.

Quelques considérations sur le farcin (ganglite chronique); par M. le baron ALIBERT, professeur à la Faculté de médecine, médecin en chef de l'hôpital Saint-Louis, etc.

Le farcin n'est pas une maladie qu'il faille rapporter aux exanthèmes, comme certains auteurs l'ont prétendu; c'est une affection strumeuse qui, chez certains animaux domestiques, présente absolument la même physionomie que la scrofule chez l'homme; elle dégrade le tissu muqueux et les ganglions lymphatiques; elle attaque surtout le cheval, qui, plus près de nous dans nos services habituels, n'en est que plus susceptible de contracter nos maladies. Elle peut affecter pareillement l'âne et le mulet. Il paraît qu'on la remarque aussi dans l'espèce bovine, car M. Dupuy a très-bien démontré le rapport qui existe entre le farcin et la maladie dite *pommelière* chez le bétail. Feu Paulet, célèbre médecin de Fontainebleau, le rapprochait de la ladrerie des cochons; il n'est pas rare, en effet, de voir quelquefois la dégénérescence strumeuse se compliquer de la présence des hydatides (échynocopes); c'est ce qu'on remarque du moins dans les oies, les poules et autres volailles de nos basses-cours. Le mot farcin a été créé du mot *farcio*, qui signifie j'emplis, j'amasse, etc.; c'est précisément l'effet que produit à nos yeux l'altération strumeuse du système ganglionaire, qui augmente sensiblement de volume et devient plus apparent. Ne dirait-on pas en effet que, dans ces circonstances, l'animal est en quelque sorte *farci* d'une multitude de corpuscules globuleux, parfois isolés, souvent rassemblés, environnés d'une membrane celluleuse, qui, avec le temps, s'ulcèrent et se ramollissent dans la cavité qui les recèle. Ces tumeurs étrangères, ces nodosités singulières qui siégent ordinairement dans le tissu muqueux sous-cutané, quelquefois dans la propre substance du derme, sont communément désignées sous le nom de tubercules.

C'est le célèbre nosologiste Sauvage qui, le premier, proclama jadis, dans l'école de Montpellier, que le farcin était aux animaux ce que la scrofule était à l'homme. Dans mes leçons sur la thérapeutique des maladies lymphatiques, j'ai constamment enseigné la même doctrine. (Voyez ma monographie des dermatoses.)

M. Dupuy, savant vétérinaire et professeur à l'école d'Alfort, a particulièrement éclairé ce sujet dans son ouvrage sur l'affection tuberculeuse; et nous devons aussi des éloges à M. Philippe, vétérinaire en chef au 2e régiment d'artillerie, qui en a fait l'objet d'une thèse intéressante, soutenue naguère à la Faculté de médecine de Paris (1). Au surplus, l'analogie des formes constituantes doit rendre très-probable l'identité des altérations, et le farcin est mieux connu depuis que les hyppiatres, aussi bien que les médecins, se livrent à l'étude de la pathologie composée.

Les vétérinaires s'accordent généralement pour distinguer deux sortes de farcin : 1° le farcin bénin (*farcinum benignum*); c'est une irruption de tubercules superficiels qui se succèdent et se dissipent ordinairement par résolution; on l'appelle aussi le farcin *volant*, le farcin *local*, etc.; il se manifeste à la croupe, à l'encolure, à la tête de l'animal, etc.; 2° le farcin malin (*farcinum malignum*); c'est celui que les vétérinaires désignent sous le nom de *farcin-cul-de-poule*. C'est, sans contredit, l'espèce la plus redoutable; elle se manifeste souvent par de petites tumeurs qui, rangées les unes à la suite des autres, simulent sur le tégument comme des cordes nouées par intervalles. Presque toujours ces tumeurs s'abcèdent et se convertissent en ulcères, qu'on dit fort mal à propos d'une nature contagieuse. Dans cet état, le plus précieux de nos quadrupèdes perd toutes ses proportions élégantes, sa peau se délustre, et les crins s'en détachent d'une manière spontanée, la fièvre redouble à mesure que son mal s'agrandit et s'étend avec plus ou moins de rapidité d'un ganglion à l'autre : l'animal souffre, souvent on le voit bondir d'impatience.

On juge pareillement de la gravité de l'affection farcineuse, quand elle ne se borne point au tissu cellulaire du derme; quand elle suit le trajet des vaisseaux veineux et lymphatiques; quand elle se plonge jusque dans les interstices des muscles, quand elle les déplace, les déforme ou les décompose, quand elle attaque simultanément beaucoup de parties du corps; quand elle envahit à la fois le dos, les épaules, le ventre, le poitrail, l'encolure, et quand elle gonfle les articulations, etc.

Ce que l'on dit des causes organiques des scrofules chez l'homme peut se dire de celles qui influent sur le développement du farcin chez le cheval : il y a certainement des prédispositions, ou, comme le dit avec beaucoup de vérité M. Hurtrel d'Arboval, des *spécialités individuelles* qui déterminent, avec plus ou moins de promptitude, l'invasion de cette maladie; les bêtes qui vivent sous la prédominance celluleuse, qui ont des poils longs, de grosses jambes, de pieds larges, y sont fréquemment plus disposées que les autres.

Le farcin est-il contagieux? presque tous les vétéri-

---

(1) Dissertation sur le tubercule envisagé sous le rapport de l'anatomie pathologique; par M. Philippe de Neufchâteau, du département des Vosges.

naires penchent pour l'affirmative. On a même publié dans plusieurs recueils des expériences faites à l'école de Lyon, d'après lesquelles il conste que la matière morbide, appliquée sur la peau d'un cheval, se développa au bout du troisième mois, dans l'endroit même où l'opérateur l'avait déposée. On rapporte aussi que plusieurs piqûres pratiquées sur le même cheval, aux deux côtés de l'encolure, donnèrent lieu, après quarante jours, à un farcin très-intense, dont on ne triompha que par un traitement long et méthodique; malgré ces allégations, l'état actuel de la science ne permet guère de croire à la contagion du farcin (ganglite-dermatique) (1).

Quant aux causes purement extérieures, il ne faut pas oublier que beaucoup de circonstances peuvent influer sur le développement de ce mal horrible; les écuries basses, mal situées et peu aérées, d'une trop petite dimension, celles surtout qui sont humides, et d'où l'eau s'échappe à travers les murs, deviennent très-pernicieuses à la santé des animaux; il faut craindre aussi le mauvais choix des nourritures, et il est d'ailleurs très-nécessaire d'en régler la quantité; car, sous l'influence du pouvoir domestique, les chevaux sont très-disposés à abuser de tout ce qui se trouve à leur rencontre. Il importe donc de ne pas donner des fourrages à discrétion; il est surtout prudent de rejeter les herbes qui ont séjourné longtemps sur des terrains aqueux : il est des foins altérés, et qui ne sont propres qu'à faire un mauvais chyle ou à déterminer des digestions vicieuses. Les boissons doivent être surveillées, et les eaux vaseuses interdites.

Le farcin est difficile à guérir, mais il n'est pas incurable; il est vrai qu'il est des circonstances où les traitements les plus méthodiques n'obtiennent pas le moindre avantage. Il ne suffit pas, du reste, d'attaquer le mal par des moyens extérieurs, il convient d'approprier le mode de curation à la nature des causes intérieures, et tout semble nous faire présumer que les hippiatres tireront un jour un grand parti des préparations iodurées. Cette nouvelle acquisition de notre thérapeutique, due aux ingénieuses recherches du célèbre docteur Coindet de Genève, mérite l'attention de toutes les personnes de l'art.

Avant de rien entreprendre relativement à la cure du farcin, on commence d'abord par placer les animaux dans de bonnes conditions hygiéniques; tout ce qui les touche ou les entoure doit contribuer à les guérir; on loge les malades dans des écuries saines, on les nettoie fréquemment, on les lave, on les fait baigner; on les abreuve avec de l'eau de son ou avec de l'eau de farine; on administre quelques tranches de pain, saupoudrées avec de l'hydro-chlorate de soude, on mêle ce sel à l'avoine; on n'épargne ni le vin, ni le cidre, ni la bière; on traite enfin cette maladie comme les scrofules, par des décoctions de gentiane et de quinquina.

M. Collaine, de Milan, a obtenu de grands succès dans une infirmerie de chevaux farcineux; la maladie était grave et compliquée d'une multitude d'accidents morbides; quelques-uns de ces animaux avaient les extrémités engorgées, d'autres avaient le corps sillonné par des cordes noueuses; plusieurs étaient frappés de morve, avec des flux verdâtres : il survenait des hémorrhagies, des ulcérations de la membrane pituitaire, les ganglions maxillaires étaient engorgés et saillants. Il y avait douleur et adhérence dans les glandes de la ganache, etc., rien de plus triste à voir que toutes ces bêtes dont on désespérait. Dans cette fâcheuse circonstance, M. Collaine, indiqua, pour celles qui étaient le plus gravement atteintes, l'administration de l'oxyde hydro-sulfuré d'antimoine (kermès minéral), qu'il porta progressivement jusqu'à la dose de deux onces par jour; quant aux moins malades, il se contenta de prescrire la fleur de soufre, d'abord en petite quantité, pour les familiariser progressivement avec cette substance, qu'on parvint à pouvoir donner jusqu'à la quantité de six onces. Après un traitement plus ou moins prolongé, vingt-trois chevaux se trouvaient guéris au milieu de cette grande réunion; d'autres furent efficacement soulagés.

(1) Pour ce qui est de la morve, la question reste encore indécise. (Voyez le Mémoire de M. Crépin sur la contagion de cette maladie.)

Note sur un cas de farcin qui a paru contagieux : observation communiquée par M. Albin Gras, interne à l'hôpital Saint-Louis, dans le service de M. le baron Alibert, pour servir d'appendice au mémoire de ce professeur sur la *ganglite-chronique.*

M. P....x, élève distingué de l'école d'Alfort, vétérinaire en premier dans un régiment de dragons, âgé de 29 ans, d'un tempérament nerveux et un peu lymphatique, s'était toujours bien porté avant la maladie actuelle. Il ne connaît aucun scrofuleux dans sa famille. J'ai eu occasion de le voir il y a huit ans, et, à cette époque, il n'offrait rien qui pût faire prévoir plus tard une affection strumeuse; il a toujours mené une vie très-réglée, n'a jamais eu d'affections syphilitiques ni rhumatismales, et s'est toujours trouvé dans les meilleures conditions hygiéniques possibles. Sa santé était parfaite le 25 septembre 1835; ce jour il eut à ouvrir un abcès *farcineux* développé sur un cheval du régiment. Après l'ouverture, il plongea la main gauche dans la cavité qu'occupait le foyer purulent pour en explorer l'étendue : malheureusement il portait à l'indicateur de cette même main une écorchure qui changea d'aspect en peu de jours, s'agrandit, devint douloureuse, et se couvrit de végétations fongueuses; cette plaie, convenablement cautérisée, ne fut guérie qu'au bout de trois mois. Trois jours après l'opération, et en même temps que la plaie de l'indicateur faisait des progrès, M. P....x s'aperçut de la présence de plusieurs ganglions douloureux développés à la face interne du coude gauche, près de l'épitrochlée, bientôt l'articulation elle-même devint malade, elle se gonfla : un abcès formé fut ouvert, d'autres survinrent, des trajets fistuleux s'établirent, et aujourd'hui cette partie du bras est encore malade. Au mois de mars dernier, l'articulation du genou droit devint douloureuse et se gonfla; au rapport du malade, on sentait facilement de la fluctuation; cependant il ne se forma ni abcès ni trajet fistuleux, et après six semaines les mouvements de l'articulation devinrent possibles; mais à cette époque le mal gagna le coude-pied et la région du métatarse gauche : ces parties se tuméfièrent, sans occasionner pourtant beaucoup de douleur. Des points fluctuants se montrèrent en plusieurs endroits, et après l'évacuation du pus, il s'est établi des trajets fistuleux, qui persistent

encore aujourd'hui. L'introduction de la sonde dans ces fistules, ainsi que dans celles qui existent à la face interne de l'extrémité inférieure du bras, tout près du coude, n'indique pas que le tissu osseux soit malade. Nulle part on n'a senti de dénudation. Le mal paraît borné aux tissus qui entourent l'articulation, et peut-être au périoste. M. P....x a, jusqu'à présent, reçu des soins de plusieurs médecins, sans beaucoup de succès.

M. P....x m'a aussi assuré qu'il connaissait plusieurs vétérinaires pour lesquels le farcin avait été également contagieux.

LITTÉRATURE MÉDICALE ÉTRANGÈRE.

Coup-d'œil sur les hôpitaux de Londres, et sur l'état actuel de la médecine et de la chirurgie en Angleterre; par M. Edwin Lee, membre du collége royal des chirurgiens à Londres.

M. Edwin Lee a parcouru, en médecin observateur, l'Italie, l'Allemagne, et la France, et il a fait suivre ses voyages d'une intéressante publication sur la pratique et les institutions médicales de ces diverses contrées (1). Il complète aujourd'hui son œuvre en nous donnant l'histoire de l'état actuel de la médecine dans son pays; et en commençant il se plaint de ce que les hôpitaux de la Grande-Bretagne sont rarement fréquentés par les médecins étrangers : « De temps en temps, » dit-il, nous voyons dans nos salles un médecin fran- » çais ou allemand, mais leurs visites sont en général » trop courtes pour qu'ils puissent bien apprécier » la valeur de nos méthodes de traitement, et surtout » si leurs opinions théoriques diffèrent de celles qu'en- » tretiennent les praticiens anglais » Nous pourrions faire à la brochures du docteur Lee les mêmes reproches qu'il adresse aux visites des médecins étrangers; elle est un peu courte et l'on y désirerait de plus longs détails. Telle qu'elle est, cependant elle sera recherchée avec curiosité et intérêt par un grand nombre de lecteurs.

M. Lee nous raconte qu'indépendamment des dispensaires et de divers établissements particuliers de bienfaisance en faveur des pauvres malades, il y a à Londres vingt-quatre hôpitaux : c'est plus que ce que nous avons à Paris; mais si l'on songe d'une part que ces hôpitaux réunis contiennent une somme totale de lits moindre que ceux de notre capitale, si, d'un autre côté, on fait attention que la population de Londres est de beaucoup supérieure à celle de Paris, on devra en conclure que chez nous le nombre proportionnel de malades traités gratuitement dans les hôpitaux est deux fois plus grand que chez nos voisins. Faut-il voir dans ce résultat plus de philanthropie à Paris qu'à Londres, ou seulement plus de misère? c'est ce que nous n'entreprendrons pas de discuter, nous bornant pour le moment à constater le fait.

Plusieurs de ces hôpitaux sont affectés à des maladies spéciales; ainsi, il y en a un pour la petite vérole, trois pour les maladies des yeux, un pour les fièvres typhoïdes. Il faudrait croire, d'après ce chiffre, que les médecins de Londres ont mieux précisé, mieux circonscrit que les nôtres le sens de cette expression *fièvre typhoïde;* car avec l'extension prodigieuse que lui ont donné plusieurs de nos docteurs, avec leur tendance toujours croissante depuis quelques années à ne voir partout que des fièvres typhoïdes, il serait impossible de trouver un hôpital assez grand pour contenir tous les malades qui, selon nos Messieurs, seraient atteints de cette affection. Pour ce qui est de la nature de la fièvre typhoïde, les médecins de Londres y voient une *maladie essentielle paraissant consister dans une altération du sang, tenant souvent à des causes endémiques et miasmatiques :* définition qui, pour le dire en passant, n'est pas fort claire; mais ils ne croient pas que cette maladie puisse dépendre d'une lésion, quelle qu'elle soit, de la muqueuse du tube digestif ou de ses glandes; ils trouveraient plus raisonnable d'en placer, avec Chetterbuck, le siége dans le cerveau, car la plus grande partie de ses symptômes se rapportent plutôt à une affection cérébrale qu'à une lésion du canal alimentaire. Les autopsies cadavériques n'ont pas donné aux médecins anglais les mêmes résultats qu'à nos anatomo-pathologistes du continent. Ils n'ont pas vu les ulcérations des plaques de Peyer et des follicules de Brunner coïncider constamment avec les fièvres typhoïdes même les mieux caractérisées. M. Lee pense, avec la plupart de ses compatriotes, que ces altérations de la partie inférieure de l'intestin grêle et du commencement du gros intestin, sont dues à la présence de matières indigestes et fécales, et il est persuadé que si l'on faisait en France un plus grand usage des purgatifs, ces altérations seraient infiniment plus rares. Nous n'avons pas assez de données pour partager l'opinion du docteur Lee relativement aux mauvais effets de l'oubli des purgatifs, mais nous sommes convaincus comme lui que les altérations folliculeuses du tube digestif ne peuvent pas être regardées comme le siége de la fièvre typhoïde, et ne constituent point son caractère anatomique. Nous avons fait avec un soin particulier un très-grand nombre d'ouvertures de sujets qui avaient succombé à des fièvres continues, et fréquemment il nous est arrivé de ne rencontrer aucune lésion des follicules; plus fréquemment encore nous avons constaté ces altérations chez des individus morts de maladies tout à fait différentes de la fièvre typhoïde. Ainsi, chez des individus que le choléra avait surpris au milieu des apparences de la plus parfaite santé, et avait tués dans quelques heures, nous avons trouvé deux fois l'altération folliculeuse aussi développée qu'elle devrait l'être au quinzième jour d'une fièvre entéro-mésentérique. L'une de ces deux observations a été prise dans le service de M. Alquié au Val-de-Grâce.

Revenons maintenant à la brochure du docteur Lee : ce n'est pas seulement dans les fièvres que les médecins anglais font un fréquent usage des purgatifs; il n'est pas une seule maladie où ils n'emploient avec une sorte de profusion le sulfate de magnésie, l'infusion de séné, la rhubarbe, et surtout le calomel, dont ils font un véritable abus. Ils ont aussi fréquemment recours aux diaphorétiques; ceux dont ils se servent de préférence sont les préparations d'antimoine, comme la poudre de James et le *vinum antimonii tartarisati* de la pharma-

---

(1) « Observations on the principal médical institutions and » practice of France, Italy and Germany with cases from hospital » practice, notices of the universities appendix on animal magne- » tism and homœopathy. »

copée. M. Lee rapporte, à la fin de son travail, *quelques cas illustratifs* du traitement adopté en Angleterre, et, malgré les succès dont ils se vantent, on ne peut s'empêcher d'être effrayé de la quantité de médicaments dont les médecins anglais remplissent l'estomac de leurs malades. M. Lee fait honneur de cette pratique à une connaissance plus approfondie de la matière médicale chez nos voisins. Sans vouloir contester ce qu'il pourrait y avoir de vrai dans cette assertion, il nous paraîtrait plus naturel d'attribuer ce résultat, ainsi que M. Lee a paru le reconnaître lui-même en commençant, à cette organisation vicieuse du personnel médical en Angleterre, qui permet l'exercice de la médecine aux apothicaires. La classe la plus nombreuse des praticiens (general practiseis) exercent à la fois toutes les branches de l'art de guérir ; ils font préparer chez eux les médicaments qu'ils jugent convenables, et les envoient à leurs pratiques : on les paie, non pas d'après le nombre de leurs visites, mais d'après la quantité de remèdes qu'ils ont fournis; aussi ne se font-ils pas faute d'en envoyer le plus qu'ils peuvent. La saignée est d'un usage moins général en Angleterre qu'en France ; son action y est secondée et souvent remplacée par celle des purgatifs ; les malades y sont tenus à une diète moins rigoureuse ; ce qui, au rapport de M. Lee, leur donne plus de forces pour résister à la maladie, rend les convalescences plus courtes qu'en France, et les récidives plus rares.

Les médecins anglais paraissent avoir une grande répugnance pour les choses nouvelles : ainsi l'introduction des médicaments par la voie endermique n'y est pas pratiquée ; les médicaments nouveaux, à l'exception de la quinine, de la morphine et de l'acide hydrocyanique, y sont peu usités : l'auscultation et la percussion, ces deux puissants moyens de diagnostic, n'y sont pas généralement exercés : l'emploi du spéculum rencontre de grands obstacles dans la résistance qu'opposent les malades à toute investigation oculaire ou manuelle ; ce qui fait encore que les maladies de l'utérus y sont moins bien connues que chez nous.

Enfin, il est une foule de moyens que nous employons dans notre pratique journalière, et dont nous retirons de plus grands avantages, comme les lavements, les bains, les révulsifs appliqués loin du siége de la maladie, tels que les sangsues à l'anus, les vésicatoires et les sinapismes aux jambes, et qui sont peu employés en Angleterre. On voit que, sous beaucoup de rapports, notre pratique médicale est préférable.

Mais dans les maladies chirurgicales, nous avons tort, je crois, de nous renfermer beaucoup trop exclusivement dans un traitement local et antiphlogistique ; les Anglais ajoutent plus souvent que nous au traitement local des remèdes internes qui hâtent la guérison.

Ils tentent la réunion immédiate dans la plupart des plaies, et cette pratique, que nous devrions imiter plus souvent que nous ne le faisons, est presque toujours heureuse ; si nous n'avons pas obtenu les mêmes succès dans les essais que nous en avons faits, cela tient probablement, ainsi que le fait remarquer M. Lee, à ce que nous avons négligé d'employer concurremment les moyens internes.

Il nous reproche aussi, et je crois avec juste raison, cette énorme quantité de charpie et de compresses dont nous chargeons le moignon de nos amputés, et qui n'est bonne qu'à entretenir sur la plaie une chaleur et une excitation inutiles. J'ai pour ma part fréquemment observé à l'armée que les pansements les plus légers étaient ceux qui donnaient les plus beaux résultats.

Il nous resterait encore beaucoup de particularités à noter dans la pratique des hôpitaux de Londres, entr'autres dans celles de M. Guthrie à l'établissement ophthalmique de Westminster, de M. B. C. Brodie à l'hôpital St-Georges, Charles Bell à celui de Midlesex, etc. ; mais ces détails nous mèneraient trop loin.

Disons maintenant quelques mots du service des hôpitaux et de l'enseignement médical en Angleterre.

Tout ce qui tient au bien-être matériel des malades n'est pas épargné : les aliments, le linge, les médicaments y sont de bonne qualité. A l'hôpital Saint-Georges, où il y a 260 malades, la dépense annuelle s'élève à 9,000 liv. sterlings, 900 fr. environ par tête.

Les visites régulières des médecins ne sont pas aussi fréquentes que chez nous ; elles n'ont lieu que deux ou trois fois par semaine, encore l'heure nous en paraît-elle mal choisie ; c'est de midi à trois heures. Dans l'intervalle, les malades du médecin sont visités deux fois par jour par *l'apothicaire de la maison*, et ceux du chirurgien par l'interne. Les internes sont logés et nourris dans l'établissement, mais cette nourriture n'est pas gratuite et comme en France (1), ils sont obligés de payer leur pension.

Les salles de médecine ne sont pas partout distinctes des salles de chirurgie ; cette séparation n'a lieu que dans les principaux hôpitaux.

Les médecins et les chirurgiens des hôpitaux n'ont pas de salaire, mais ils reçoivent l'argent que paient les élèves pour suivre la clinique ; et qu'on ne croie pas que cette rétribution soit peu de chose. Il en coûte de 12 à 15 liv. sterling (300 à 400 fr.) pour suivre la pratique médicale d'un hôpital, et de 15 à 25 livres sterling (400 à 600 fr.) pour la pratique chirurgicale.

Il y a encore un grand nombre de cours privés qu'il faut payer fort cher ; en France, l'instruction est répandue d'une manière plus libérale.

Le diplôme de médecin ne se délivre qu'après des examens assez rigoureux ; quant à celui de chirurgien, des certificats constatant qu'on a suivi les cours pendant quatre ans, six cents francs déposés d'avance au secrétariat, et demi-heure d'un examen très-superficiel en font l'affaire.

Les institutions médicales en France ont besoin de nombreuses et d'importantes réformes. Mais tout imparfaites qu'elles sont, elles nous paraissent de beaucoup supérieures à celles d'Angleterre. A. Rozier.

---

(1) L'auteur se trompe à cet égard ; les internes ne sont pas nourris gratuitement dans nos hôpitaux. En revanche, un assez grand nombre de médecins y font aujourd'hui gratuitement leur service... c'est toujours, comme on voit, de la *philanthropie !* (N. du R.)

ARCHIVES GÉNÉRALES

DE

MÉDECINE.

JANVIER 1837.

Recherches sur la néphrite ou inflammation des reins; par M. le professeur Chomel (1).

Quand on a consulté les divers recueils d'observations et lu les différents ouvrages relatifs aux maladies des reins, on trouve si souvent la néphrite développée par des causes directes, telles qu'un coup, une blessure, et surtout par la présence de calculs dans les bassinets ou dans les uretères, ou par tout autre obstacle au cours de l'urine, qu'on peut se demander si les reins ne seraient pas, par leur structure, ou leur position, ou par toute autre condition inconnue, à l'abri de ces inflammations que nous avons appelées spontanées, parce que nous ne connaissons pas les causes qui les produisent, et exposés seulement aux inflammations soit *accidentelles*, soit *symptômatiques*. Néanmoins la distinction admise par tous les auteurs, d'une néphrite calculeuse et d'une néphrite essentielle, un certain nombre d'observations relatives à des suppurations des reins, dans lesquelles il n'est pas fait mention de la présence de ces calculs, quelques faits très-rares dans lesquels des auteurs dignes de confiance indiquent, d'une manière expresse, l'absence de calculs, ne permettent point de rejeter l'existence de la néphrite spontanée, bien que parmi les exemples d'inflammation des reins qui ont entraîné la mort, et dans lesquels on a signalé l'absence de calculs, il y en ait plusieurs dans lesquels la dilatation constatée des bassinets ou des uretères ne permette guère de douter qu'il n'ait existé un obstacle mécanique au passage de l'urine, et que la néphrite n'en ait été l'effet.

Si l'on passe en revue les conditions diverses indiquées par les auteurs comme causes de l'inflammation des reins, on se convaincra davantage encore que la néphrite est presque toujours due à la présence de calculs dans les reins ou dans leur conduit excréteur. En effet, si l'on excepte les cas dans lesquels la maladie est évidemment produite par une contusion, une plaie, une chute, on voit que dans tous les autres, les causes assignées à la néphrite sont précisément celles qui favorisent la formation des calculs dans les reins, ou le déplacement de calculs déjà formés. A la première série, celle des causes prédisposantes, se rapportent la vie sédentaire, l'habitude de rester longtemps au lit, de coucher sur la plume, l'origine de parents calculeux, la bonne chère, etc. A la seconde série appartiennent, comme causes occasionnelles, les efforts violents, la marche prolongée, les courses rapides et surtout l'équitation, et les secousses d'une voiture mal suspendue. Il est à peine nécessaire d'ajouter que tout obstacle mécanique, autre qu'un calcul, peut donner lieu à l'inflammation du rein, en mettant obstacle au passage de l'urine du rein dans l'uretère, ou de l'uretère dans la vessie, et de la vessie au-dehors. On ne peut guère douter qu'une tumeur quelconque qui comprimerait extérieurement l'uretère, qu'une végétation intérieure qui l'oblitérerait, qu'une rétention prolongée d'urine dont la cause serait dans la vessie ou même dans l'urètre, ne puisse devenir l'occasion d'une inflammation, soit des deux reins, soit d'un seul.

On pense généralement que l'usage intérieur de certaines substances âcres, telles que les cantharides, la térébenthine, donne lieu à l'inflammation des reins. Mais ces substances n'ont pas, sur les voies urinaires et spécialement sur les reins, une action aussi directe qu'on le croit communément, et je ne sais pas s'il existe d'exemple bien authentique de néphrite due à cette cause.

On a encore admis que l'impression du froid sur les lombes, une métastase rhumatismale sur les reins eux-mêmes ou sur leurs membranes, pouvait donner naissance à une néphrite; mais ce sont là de pures assertions non démontrées jusqu'ici, et peu susceptibles même d'une démonstration rigoureuse.

Enfin l'inflammation des reins peut survenir dans le cours d'une autre maladie, telle qu'une suppuration du tissu cellulaire qui les entoure, suppuration qui peut être primitive ou consécutive à une carie. On conçoit encore que, dans la fracture d'une des côtes qui avoisinent le rein, un des fragments puisse être poussé par le corps vulnérant dans le parenchyme du rein, le déchirer et donner lieu à une inflammation que la cause vulnérante n'a qu'indirectement produite.

L'inflammation peut se développer simultanément ou successivement dans les deux reins ou être bornée à l'un d'eux. Il n'est pas certain, comme P. Frank l'a

(1) Ce travail était destiné à faire partie d'un *Traité des inflammations;* mes occupations ne me laissent plus l'espoir de publier un ouvrage d'aussi longue haleine. J'ai cru pouvoir insérer dans ce Journal cette histoire de la néphrite, parce que, tout imparfaite qu'elle est, je la crois encore moins incomplète que les descriptions publiées jusqu'à ce jour.

avancé, que le gauche soit plus fréquemment enflammé que le droit. On avait pensé autrefois, et Chopart lui-même avait émis cette opinion, que la membrane du rein pouvait être isolément enflammée, et quelques auteurs avaient distingué deux espèces de néphrite, l'une membraneuse et l'autre parenchymateuse; mais si l'anatomie pathologique montre quelquefois des traces d'inflammation sur l'enveloppe du rein, sans que le parenchyme y participe, on ignore entièrement quels symptômes correspondent à cette lésion; il serait possible et il est même probable que ces taches blanches, avec ou sans épaississement, survinssent lentement et sans que rien pût décéler pendant la vie le travail morbide qui préside à leur formation.

Il est rare que l'inflammation du rein soit précédée du malaise général qu'on observe dans les autres inflammations; on trouve la raison de cette différence dans le genre de causes qui président au développement de la néphrite, causes dont l'action porte immédiatement sur le rein lui-même. Le plus souvent le frisson ne survient qu'après la douleur, ou même la chaleur fébrile s'établit sans frisson préalable. La douleur, qui marque ordinairement l'invasion, est d'abord obtuse, gravative, devient plus ou moins rapidement aiguë, pongitive, avec des battements et des élancements dans la région occupée par un des reins ou par les deux, c'est-à-dire vers la dernière vertèbre dorsale et les premières lombaires, en dedans des deux dernières côtes et à quelques travers de doigt de l'épine. De cette région la douleur s'étend en suivant le trajet du bassinet et de l'uretère jusque dans la vessie, dans l'aine, et dans la cuisse correspondante, qui est comme engourdie et quelquefois roide ou tremblante; chez l'homme, la douleur s'étend au testicule qui est ramené douloureusement vers l'anneau. Toute pression exercée sur le rein malade augmente la douleur dont il est le siége; les grands mouvements du diaphragme, sa contraction convulsive dans l'éternuement, l'exaspèrent beaucoup; cette exaspération est également très-vive, lorsque le médecin, plaçant ses doigts sur la région lombaire, appuie avec le pouce sur l'hypocondre, de manière à comprendre le rein malade dans les parties qu'il presse. L'épaisseur des parties qui recouvrent le rein enflammé ne permet point ordinairement d'en reconnaître la tuméfaction dans le début de l'inflammation : elle n'est guère appréciable que dans les cas où la maladie est déjà ancienne, le sujet maigre, et le rein considérablement augmenté. A la douleur dans la région rénale se joint ordinairement, quelques changements dans la sécrétion de l'urine : dans le plus grand nombre des cas, la quantité de ce liquide est diminuée, sa couleur devient plus foncée; on y distingue quelquefois du sang. Mais dans quelques cas l'urine est claire, aqueuse, et excrétée en abondance; l'excrétion est fréquente, accompagnée d'efforts et de douleurs; il existe une sorte de ténesme vésical. Quelquefois, mais rarement, il y a suppression complète d'urine. A ces symptômes se joignent de la soif, des nausées, des vomituritions, des vomissements de matières bilieuses, de la constipation, quelquefois une distension gazeuse plus ou moins considérable d'une partie ou de la totalité du ventre, et un appareil fébrile plus ou moins intense.

La néphrite aiguë offre généralement dans ses symptômes des exacerbations plus marquées que celles qu'on observe dans les autres phlegmasies. Par intervalles, la douleur acquiert une extrême violence; sa physionomie s'altère, le malade s'agite, se roule dans son lit ou même sur le plancher de sa chambre, et pousse des cris; quelquefois l'atrocité des douleurs détermine des convulsions, du délire, des sueurs froides et des défaillances. Ces accidents, qui sont ceux de la colique néphrétique, ont spécialement lieu dans les cas où l'inflammation des reins est due à un calcul engagé dans l'uretère; c'est encore dans la même espèce de néphrite qu'on voit, dans quelques cas, succéder rapidement à ces douleurs intolérables, un calme si complet que le malade peut se croire guéri.

La néphrite offre dans sa marche plusieurs autres points par lesquels elle diffère des autres inflammations : son invasion peut être plus soudaine et marquée par des symptômes locaux beaucoup plus intenses; sa terminaison beaucoup plus brusque; sa durée plus courte, à égal degré d'intensité; elle peut par exemple céder en quelques jours, et même en moins de vingt-quatre heures, après avoir débuté avec une grande violence; enfin, si elle devient chronique, elle peut se prolonger pendant des années entières, beaucoup au delà des autres phlegmasies; toutes ces particularités qu'offre dans sa marche l'inflammation du rein se rattachent à un même point, à la cause spéciale qui la produit le plus ordinairement et qui place cette maladie parmi les inflammations symptomatiques.

L'inflammation du rein peut se terminer par résolution. Cette heureuse terminaison a particulièrement lieu lorsque la cause qui a produit la néphrite n'ait qu'une intensité médiocre, comme à la suite d'une contusion, ou lorsqu'elle peut être éloignée, comme dans le cas où un calcul engagé dans le commencement de l'uretère, en est promptement expulsé. La diminution progressive des symptômes locaux, la cessation du mouvement fébrile annoncent la résolution; chez un certain nombre de sujets, on a vu l'amélioration coïncider avec l'excrétion plus ou moins abondante d'une urine trouble, roussâtre et fétide, qui elle-même est souvent alors suivie de l'expulsion d'un calcul. Mais les choses ne se passent pas toujours d'une manière aussi heureuse : si l'inflammation, comme cela est le plus ordinaire, est due à un obstacle qui s'oppose au passage de l'urine, et si cet obstacle n'est pas surmonté et poussé jusque dans la vessie, la membrane interne des calices, du bassinet et de la portion de l'uretère placée au-dessus de l'obstacle, doublement irritée par une distension croissante, et par la concentration progressive de l'urine qui y séjourne, secrète une matière purulente qui par son mélange avec l'urine augmente encore l'irritation inflammatoire dont elle est le produit.

De cette accumulation croissante et prolongée de l'urine et du pus dans les calices, le bassinet et l'uretère, résultent des effets variés : quelquefois le pus ne se faisant jour ni par les voies naturelles, ni au travers des tissus déchirés, détermine par son séjour indéfiniment prolongé une distension et une altération toujours croissantes du rein, qui jointes aux fâcheux effets que produit sur l'économie tout entière l'existence d'un foyer considérable, finissent par entraîner la mort des malades. Pison parle d'une femme chez laquelle il trouva dans l'un des reins quatorze livres de pus; la substance de ce rein était détruite et son volume aussi considérable que celui du ventre.

Les cas dans lesquels ce pus reste ainsi amassé au-dessus de l'obstacle, jusqu'à la mort des individus, sont rares. Le plus ordinairement, comme il a été dit, après

avoir distendu à un certain degré les parties qui le contiennent, le pus se fait jour, soit par les voies naturelles de l'urine, après avoir surmonté ou repoussé jusque dans la vessie l'obstacle qui s'opposait à son passage soit en se frayant une issue accidentelle dans le tissu cellulaire qui l'entoure, dans le péritoine ou dans un des viscères voisins.

Quelques médecins ont observé qu'une douleur vive marquait, dans quelques cas, l'instant où, l'obstacle étant surmonté, le pus passait dans les voies urinaires; mais en général l'apparition du pus dans l'urine est le premier phénomène qui frappe le malade et éclaire le médecin. A la suite de l'évacuation du pus on observe souvent une diminution notable dans les symptômes dont le rein était le siége ou le point de départ, dans la douleur et la distension, dans les vomissements, s'ils persistaient encore, et dans l'engourdissement de la cuisse correspondante, etc. Mais souvent, d'un autre côté, la vessie irritée par la présence du pus devient le siége d'un ténesme qui cède après quelques jours ou même après quelques heures.

Lorsque le pus s'est fait ainsi une voie et que le cours de l'urine est redevenu libre, le sort du malade n'est pas jugé pour cela. Quelquefois à la vérité l'excrétion du pus diminue de jour en jour, l'urine devient par degrés plus naturelle, la fièvre cesse, les forces et l'embonpoint reviennent et une convalescence franche et même rapide succède à une maladie fort dangereuse. Mais dans bien des cas il en est autrement; l'urine reste purulente, soit continuellement soit par intervalles; le pouls conserve de la fréquence, la faiblesse et la maigreur persistent. Chez quelques sujets, la disparition du pus dans l'urine est constamment suivie d'accidents graves, qui ne cessent que quand il s'écoule de nouveau; c'est-à-dire quand la rétention du pus au-dessus de l'obstacle est remplacée par son libre écoulement. Ces alternatives d'amélioration et d'exaspération peuvent se prolonger pendant plusieurs mois et même plusieurs années. Plus ces alternatives ont été nombreuses, moins on peut espérer un rétablissement complet.

Le pus amassé dans le rein peut se faire jour dans le tissu cellulaire environnant; il détermine par sa présence un gonflement plus ou moins manifeste de la région occupée par le rein, une sorte d'empâtement, un œdème obscur des téguments de cette région; quelquefois une rougeur violacée de la peau; la partie tuméfiée devient de jour en jour plus molle, la fluctuation moins obscure, et cette fluctuation apparaît quelquefois assez loin de la région occupée par le rein pour tromper le médecin sur l'origine du pus; mais l'ouverture spontanée ou artificielle de l'abcès rectifie cette erreur; l'odeur urineuse du pus, et dans quelques cas la présence de calculs dans le trajet fistuleux ou même dans l'urine ne laissent généralement point de doute sur l'origine du mal.

Le pus qui sort du rein abcédé ne reste pas toujours dans le tissu cellulaire sous-cutané, il descend quelquefois en suivant le psoas jusque dans la cavité du bassin; et se répand dans le tissu cellulaire extérieur au péritoine. Les accidents qui surviennent alors sont d'autant plus intenses que la quantité de pus versée dans le tissu cellulaire est plus considérable, et que ce pus occupe un plus grand espace. En voici un exemple très-remarquable qui m'a été communiqué par M. le docteur Pasquier fils.

« Un homme vient à Paris pour y être délivré d'un calcul vésical. Pendant qu'il se préparait par l'usage des bains et par un régime convenable à subir l'opération de la taille, il est pris brusquement au milieu de la nuit d'un frisson suivi d'une chaleur brûlante, des vives douleurs dans l'abdomen, de hoquets, de vomissements, de météorisme avec ischurie et prostration des forces. L'introduction d'une sonde dans la vessie donne lieu à l'écoulement d'une cuillerée de pus, il ne sort pas d'urine. Les douleurs s'accroissent et se font principalement sentir dans le flanc gauche et l'hypogastre; la fièvre, le météorisme, la prostration augmentent malgré l'emploi des évacuations sanguines, des bains, des révulsifs et le malade succombe le 5e jour à dater du frisson. A l'ouverture du corps on trouve dans le flanc gauche et l'hypogastre un amas considérable de pus fétide qui avait soulevé la poitrine sans pénétrer dans sa cavité. Ce pus provenait évidemment du rein gauche dont le volume était à peu près triplé et dont la forme était altérée. A la partie supérieure était une crevasse par laquelle le pus s'était échappé. Incisé par son bord convexe, ce rein présenta une espèce de poche formée d'un grand nombre de cellules, remplies elles-mêmes d'un pus semblable à celui que contenait le tissu cellulaire. Les calices étaient énormément distendus, la substance tubuleuse semblait avoir disparu. Le bassinet était dilaté, mais à un moindre degré, l'uretère avait le volume de l'intestin grêle. Le rein droit, bosselé à l'extérieur, contenait intérieurement plusieurs collections purulentes, et son uretère offrait à peu près la même dilatation que le gauche. On trouva la vessie très-petite; elle embrassait étroitement le calcul dont la présence avait été reconnue pendant la vie. »

Chopart parle de cas dans lesquels le pus contenu dans les voies urinaires avait été versé dans la cavité abdominale elle-même, mais il n'en cite pas d'observation particulière. Fanton a rapporté un cas dans lequel le pus s'est fait jour dans le colon transverse.

Dans d'autres circonstances le pus formé dans le rein s'est fait jour au travers des téguments de la région lombaire, en même temps qu'il s'est écoulé par les voies naturelles. On lit dans le *Journal de médecine* (1) une observation relative à un enfant de 13 ans, qui, après avoir éprouvé les symptômes d'une néphrite aiguë, rendit des urines *blanches* et *troubles*, et offrit dans la région lombaire droite un gonflement œdémateux avec rétraction du testicule, engourdissement et stupeur du membre correspondant, nécessité de se tenir couché sur le ventre; fièvre hectique. L'abcès des lombes, ouvert par le bistouri, donna issue à du pus mêlé avec de l'urine; il resta longtemps une ouverture fistuleuse par laquelle il s'échappait un peu d'urine.

Dans un cas observé par Dehaën (2), le pus, après avoir énormément distendu le rein gauche, paraît s'être fait jour au travers du diaphragme, de la plèvre et du parenchyme pulmonaire jusques dans les bronches, de manière à être rendu en partie par expectoration, en même temps qu'en partie il était excrété avec l'urine. Voici l'extrait de cette observation curieuse :

« Un jeune garçon d'environ 15 ans, sentit dans la région lombaire gauche une douleur, d'abord obtuse, qui devint intense, fut accompagnée de fièvre violente

(1) Journal de médecine de Vandermonde, t. XII, p. 400.
(2) Ratio medendi, t. X, p. 103.

et céda aux antiphlogistiques ; vers le déclin l'urine présenta un dépôt visqueux et très-fétide. Après un intervalle indéterminé, recrudescence des accidents, qui diminuèrent onze jours après, en même temps que l'urine redevint purulente. La position du malade resta assez supportable pour qu'il pût se marier. Trois ou quatre ans après, l'urine ayant cessé de contenir du pus, une fièvre intense se manifesta, accompagnée d'anxiété et des signes d'une violente inflammation de poitrine. En même temps que ces accidents diminuèrent, l'urine redevint encore purulente et acquit une *fétidité* telle qu'il fallait aussitôt après l'excrétion enlever le vase qui la contenait. La toux persista, et après elle survinrent une expectoration de pus sanieux et rougeâtre, d'une *insupportable fétidité*, et une dyspnée telle que le malade ne pouvait respirer autrement qu'en se courbant sur une planche mise en travers sur son lit et recouverte d'un traversin. Il mourut dans cette position, ayant offert tous les symptômes de la fièvre hectique. A l'ouverture du cadavre, on trouva le rein gauche remplacé par un vaste sac, qui n'offrait plus de traces du parenchyme propre de ce viscère. L'uretère, rempli du pus, comme le rein, avait acquis la forme et le volume d'un intestin grêle. Le lobe inférieur du poumon gauche était presque détruit, ainsi que la partie centrale du lobe supérieur; ces deux lobes offraient une grande cavité remplie de pus, dont les restes du parenchyme pulmonaire formaient les parois. Le diaphragme présentait un large trou par lequel l'abcès du rein communiquait directement avec celui du poumon, de telle sorte que ces deux abcès n'en formaient qu'un seul. Ce trou paraissait être le résultat des progrès de la néphrite, qui avait d'abord produit le rapprochement et l'adhérence du rein au diaphragme et de celui-ci au poumon, puis la destruction successive de ces diverses parties. » Cette observation si remarquable par les résultats de l'ouverture cadavérique, ne l'est pas moins par la durée et par la marche de la maladie. Ce ne fut qu'après quatre années qu'elle entraîna la mort du sujet. Au début, signes de néphrite, qui diminue en même temps qu'il paraît dans l'urine un dépôt fétide. — Plus tard, retour des accidents, qui se modèrent encore quand l'urine devient purulente. — Quelques années après le pus disparaît, et bientôt surviennent les signes d'une vive inflammation de poitrine, qui semble marquer l'instant où l'affection du rein s'étend au poumon ; le pus recommence à couler avec l'urine, et les accidents se modèrent ; mais la lésion intérieure fait des progrès tels qu'elle entraîne enfin la mort. Bien qu'à l'ouverture du corps, Dehaën n'ait point trouvé de calcul dans l'uretère, cependant la dilatation considérable de l'uretère qui avait le *volume d'un intestin*, l'apparition et la disparition successives du pus dans l'urine, ne permettent pas de douter qu'il n'y ait eu obstacle au passage de l'urine et du pus, et l'analogie doit nous conduire à penser que cet obstacle qui a exercé une si grande influence sur la marche de la maladie, a très-probablement été la cause de la première inflammation.

P. Frank parle aussi d'abcès du rein qui se seraient ouverts dans le foie ou dans la rate ; mais il n'en cite pas d'observation.

Il est facile de voir, d'après les faits qui précèdent, que la suppuration du rein, qui est le plus ordinairement la conséquence d'une ou de plusieurs inflammations aiguës, a essentiellement une marche chronique. Telle est aussi la raison pour laquelle il est à peu près impossible de ne pas comprendre dans une description commune la néphrite aiguë et la néphrite chronique, qui ne sont le plus souvent que les deux périodes de la même maladie, et non deux maladies distinctes. Il est néanmoins un certain nombre de cas dans lesquels l'inflammation du rein débute sourdement par une douleur obtuse dans la région lombaire, avec ou sans engourdissement de la cuisse correspondante, fait des progrès lents, détermine peu à peu le dépérissement de la fièvre, et finit par entraîner la mort, sans avoir présenté à aucune époque les symptômes propres à la néphrite aiguë.

On lit dans l'ancien *Journal de Vandermonde* (t. XVII, p. 247), une observation fort remarquable de ce genre de néphrite. « Une fille éprouvait depuis quelques années une sensation de pesanteur et de gêne dans la région du foie. Cette douleur étant devenue beaucoup plus vive, plusieurs médecins et chirurgiens très-habiles, Winslow, Morand entre autres, furent appelés, et crurent reconnaître un abcès du foie, et proposèrent d'en faire l'ouverture. La malade s'y refusa et revint à Cosne. Examinée à cette époque par Bellebault, elle offrit les symptômes suivants : l'hypocondre droit, tendu et rénitent, était le siége de douleurs sourdes, continuelles, qui devenaient aiguës, intolérables, par la plus légère pression, par la marche rapide, par certaines attitudes. La malade était mieux levée que couchée, et elle ne pouvait pas se courber avec facilité. La cuisse droite était le siége d'un engourdissement qui s'étendait aussi dans l'hypocondre du même côté. Du reste, nul trouble apparent dans la sécrétion et l'excrétion de l'urine, qui était abondante, dans laquelle on n'avait jamais remarqué ni graviers, ni glaires, ni pus. Des symptômes de phthisie pulmonaire, quelques vomissements de sang, un dévoiement opiniâtre, s'ajoutèrent aux premiers accidents. Une fièvre hectique s'établit, et la malade succomba. A l'ouverture du cadavre, on trouva le foie parfaitement sain. Au-dessous de ce viscère était une sorte de kyste ayant neuf à dix travers de doigt de longueur sur quatre à cinq d'épaisseur. Ce kyste était rempli de pus et contenait dix pierres ardoisées, nichées dans autant de cellules ; l'une de ces pierres avait la forme d'un moyeu de roue avec ses rais. L'uretère avait son origine dans le kyste, et était *complètement bouché* par un calcul *adhérent* de toutes parts. Le rein gauche et la vessie étaient sains. Les poumons étaient détruits en grande partie ; le droit était presque rempli de petites concrétions *calculeuses*.

La suppuration du rein, quelle que soit la manière dont elle ait débuté, est presque constamment accompagnée d'un appareil fébrile chronique ou fièvre hectique ou lente. Plusieurs auteurs ont désigné cette variété de la maladie sous le nom de *phthisie rénale*. Le passage du pus dans le tissu cellulaire du bas-ventre ou dans le péritoine peut ajouter à l'affection première une autre affection beaucoup plus grave encore et qui entraîne la fin des malades, à une époque où la lésion du rein semblait ne pas devoir inspirer d'inquiétude immédiate.

L'inflammation des reins s'est-elle quelquefois terminée par gangrène? Chopart dit avoir rencontré ce mode de terminaison chez un homme âgé de 62 ans, et mort le 9e jour d'une maladie dont les symptômes étaient en partie ceux de la néphrite aiguë. A l'ouverture du cadavre, les reins étaient volumineux, rouges, livides, parsemés de tâches noirâtres, et se déchirant

aisément (1). Fabrice de Hilden dit aussi avoir observé cette terminaison sur son propre fils âgé de neuf ans ; on trouva *les reins et les parties voisines, affectés d'une grande et remarquable inflammation dégénérée en gangrène.* Quelque grande que soit l'autorité de Fabrice, le fait qu'il rapporte est tellement dénué de détails, qu'il ne peut pas éclairer la question.

L'observation de Chopart est elle-même incomplète : une simple inflammation du rein peut donner lieu aux lésions qu'il indique, la rougeur livide et le ramollissement ; la gangrène porte partout une odeur spécifique, elle rend méconnaissables dans leur texture les parties affectées ; le silence de Chopart laisse beaucoup d'incertitude sur l'existence de ces altérations caractéristiques. Mais si l'on ne possède pas de fait qui démontre que la gangrène soit survenue dans la néphrite aiguë, il n'est pas très-rare de rencontrer, chez les sujets qui succombent à une ancienne suppuration du rein, quelques points de la surface suppurante ayant la couleur noire ou grisâtre, l'odeur spécifique, la mollesse, et l'absence d'organisation apparente qu'on rencontre dans les escarres.

Bien que nous ayons examiné ailleurs d'une manière générale la question relative à la terminaison des phlegmasies par la dégénérescence cancéreuse, nous ferons remarquer ici qu'il existe des exemples sans nombre de reins profondément altérés et détruits par la suppuration, et qu'il n'en existe peut-être pas un seul de cancer du rein développé autour d'un de ces calculs qu'on peut regarder comme la cause presque unique des inflammations chroniques de ces viscères.

(*La suite au prochain Numéro*).

Exposé d'un traitement nouveau de l'hydrocèle, avec observations; par M. le professeur A. Velpeau.

L'hydrocèle est une affection qu'on ne songe plus à étudier ; et les auteurs qui en traitent, soit dans les ouvrages didactiques, soit dans les Dictionnaires, soit dans les dissertations, ne font guère que se répéter l'un l'autre depuis un demi-siècle. En y regardant de près, cependant, on ne tarde pas à remarquer que les causes en sont généralement ignorées. Est-ce au testicule, est-ce à la tunique vaginale, est-ce à l'un et à l'autre de ces organes à la fois, dans quelle proportion au premier, dans quelle proportion au second, en effet, qu'il faut en attribuer le point de départ ? Quelle en est ensuite la nature ? Le diagnostic, qui en paraît si facile, n'empêche pas les praticiens les plus exercés de s'y méprendre encore journellement. Allez la distinguer avec certitude de certaines hématocèles, de certains états morbides du testicule lui-même ! Son traitement par les injections vineuses est à peu près le seul qu'on suive en France. Il inspire une telle sécurité, que depuis longtemps on le regarde comme le plus parfait qu'il soit possible d'imaginer. Eh bien ! l'injection vineuse n'en est pas moins sujette à d'assez nombreux inconvénients, sans compter qu'elle échoue souvent. La preuve qu'elle ne satisfait point encore exactement l'esprit, c'est qu'à l'étranger on lui préfère généralement d'autres méthodes; c'est que, même parmi nous, il est quelques praticiens qui ne l'ont point adoptée. D'une part donc, il reste à démontrer que ce soit le meilleur des traitements connus ; de l'autre on doit espérer et désirer quelque chose de mieux. J'ai entrepris à ce sujet une série de recherches dont on trouvera le résumé à l'article *Hydrocèle* du *Dictionnaire de Médecine*, 2e édition, tom. XV. Ce que je vais dire ici ne se rapporte qu'au traitement de cette maladie par quelques méthodes nouvelles.

§. 1re *Acupuncture.* — Les inconvénients et les dangers de l'injection vineuse m'avaient dès longtemps paru justifier encore, exiger même de nouveaux essais. L'acupuncture se présenta d'abord à ma pensée. Un jeune médecin m'avait d'ailleurs raconté, en 1831, l'observation d'un malade qui fut guéri en huit jours par la simple piqûre d'une longue aiguille, introduite accidentellement dans le scrotum, quoique son hydrocèle datât de trois ans.

M. Monro a, de son côté, publié en Angleterre (*Archives gén. de Méd.* tom. XVIII, p. 297), un fait non moins remarquable : c'est celui d'une hydrocèle qu'il a guérie en six jours, en traversant le scrotum, y compris la tunique vaginale, avec une aiguille qui fut laissée comme un séton dans les parties.

Il paraîtrait en outre, d'après M. Brossard (*Compte rendu de l'Académie*, 1828, ou *Journal général*, t. XCII, p. 415), que dans l'Inde, c'est une méthode usuelle, pour ceux qui n'emploient pas de prime-abord la ponction, puis une mèche. Mes expériences sur les veines et les artères, au moyen d'épingles ou d'aiguilles, eussent suffi au surplus pour me conduire à essayer l'acupuncture dans le traitement de l'hydrocèle. J'ai donc tenté ce procédé deux fois à l'hôpital de la Charité, en juillet 1836 ; mais comme ce fut sans succès dans les deux cas, j'y ai renoncé depuis.

Au lieu de laisser l'aiguille en place, j'ai passé un simple fil en croix au travers de la tumeur dans deux autres cas ; j'ai retiré les petits sétons le troisième jour ; la suppuration est survenue, et la guérison a eu lieu, mais plus lentement, et avec plus d'inconvénients encore que par l'injection vineuse. L'observation suivante, curieuse à plus d'un titre, donnera la preuve de ce que j'avance en ce moment.

Obs. 1re (Recueillie par M. Lemoine). *Double hydrocèle; injection vineuse; gangrène partielle; suppuration; fils en séton dans les tumeurs.* — Chillot (François), maçon, âgé de 27 ans, d'une bonne constitution, d'un tempérament sanguin, n'a jamais fait de maladie sérieuse, et l'affection qui l'amène à l'hôpital ne trouble point sa santé générale : c'est seulement la gêne dont elle est la cause, et la crainte de la voir augmenter encore au milieu des travaux qu'il vient, suivant son habitude, entreprendre tous les ans à Paris, qui l'engagent à entrer à la Charité. Le scrotum en effet est tendu et dur, divisé en plusieurs lobes qui se relèvent autour de la verge comme enfoncée au milieu d'eux. Le scrotum droit a le volume d'un œuf, et est composé de deux parties, l'une remplie de liquide et indolente, l'autre solide et un peu douloureuse : la tumeur, que le toucher seul indique comme divisée en deux parties, ne se prolonge pas dans le canal inguinal, et laisse libre en haut le cordon testiculaire. Elle est déjà ancienne, puisqu'elle date de huit ans environ. Cet homme ne peut en dire l'origine ; il sait seulement qu'il fut à cause

---

(1) Chopart, Traité des maladies des voies urinaires, 1791, 2e partie, p. 28.

d'elle exempté du service militaire. Il n'en souffrit jamais ; sa marche n'en fut jamais empêchée, et tous les ans il faisait d'Auvergne la route de Paris à pied.

Malgré cet engorgement, Chillot n'avait rien éprouvé du côté des organes génitaux, quand il y a trois mois il contracta des chancres, sans blennorrhagie, qui furent guéris en quinze jours. Un mois après leur disparition, il commença à s'apercevoir d'une nouvelle tumeur à gauche, le scrotum de ce côté fut d'abord très-mou, puis il grossit en devenant dur, mais non douloureux, et aujourd'hui il est quatre à cinq fois plus volumineux qu'à l'état normal : il présente une forme convexe, comme étranglée sur sa partie antérieure et convexe en sens opposé : sa partie inférieure et externe est très-molle, et ses parois très-amincies ; sa portion postérieure, dure, résistante, a des parois qui semblent plus épaisses. La portion molle de cette tumeur est parfaitement transparente à la lumière ; mais de l'autre côté, la tumeur ne pouvant être détachée du scrotum, on ne peut interposer de lumière entre elle et l'œil, et l'on ne trouve pas de transparence : cependant il est probable qu'il existe de la sérosité dans cette tumeur à droite. Il y a donc hydrocèle des deux côtés, mais leur disposition est assez singulière. Dans les hydrocèles ordinaires, la poche remplie de liquide se trouve en avant et en dehors, et le testicule en arrière et en dedans ; ici, du côté gauche où l'existence de l'hydrocèle n'est pas douteuse, le testicule forme une tumeur dure en arrière, en dedans et en haut, et l'hydrocèle est en dessous, comme étranglée en deux portions, l'une supérieure assez solide reposant sur le testicule, et l'autre en bas. A droite, la portion qui est dure, un peu bosselée, le testicule, en un mot, est situé en bas et en arrière, et le liquide du côté de l'anneau : l'hydrocèle n'est donc pas simple dans la tunique vaginale ; elle n'est donc pas dans cette tunique, d'après la position relative des tumeurs. A gauche on peut supposer que la tunique, d'abord remplie, s'est ensuite éraillée, et que le *fascia transversalis* a formé une espèce de prolongement où le liquide a pénétré, en sorte qu'il y aurait là une hydrocèle double, l'une supérieure placée dans la tunique naturelle, l'autre inférieure dans un cul-de-sac ; tandis qu'à droite ce serait une hydrocèle enkystée.

D'après ce diagnostic, M. Velpeau tenta à gauche la cure radicale, à droite la cure palliative ; ici une ponction simple, et de l'autre côté l'injection vineuse. Ces ponctions sont faites le 30 mars, et donnent issue à un liquide séreux, bien transparent, sans flocons albumineux ; mais au moment où le liquide étant évacué, on essayait de placer la seringue remplie de vin, le malade, du reste fort craintif, repoussa brusquement de sa main la canule que tenait l'opérateur, et l'on put craindre qu'un peu de l'injection n'eût pénétré entre les tuniques. Bien que cette quantité dût être très-peu considérable, l'injection fut suspendue, et le malade ramené à son lit, où le scrotum a été couvert de compresses imbibées de vin.

31, lendemain de l'opération. Pouls calme et régulier, mais un peu résistant ; soif modérée ; langue rose et humide ; pas de selles ; urines faciles : les bourses ont une teinte rougeâtre peu prononcée, et ne sont le siége d'aucune souffrance ; point de tuméfaction.

1er avril, point de gonflement ni de douleur au scrotum ; pouls calme et souple ; sommeil ; de l'appétit. (Quart).

2 avril. Même lenteur dans le pouls ; point de frisson ni de sueur ; langue dans l'état naturel ; pas de selle ; sommeil plus long : il y a un peu de tuméfaction du côté gauche, où le testicule semble enveloppé de tissus ayant la consistance de certaines figues ou comme fongueuses, sans douleur à la pression. (Compresses résolutives ; demie).

4. avril. Le malade s'est réveillé plusieurs fois cette nuit, à cause d'élancemen s qui se faisaient de temps en temps sentir dans la tumeur ; mais le pouls est lent, la langue naturelle ; pas de selle ; point de céphalalgies. Il y a un peu de tuméfaction presque uniquement à gauche, où les tissus sont épaissis et offrent une résistance peu prononcée qui peut tenir à l'imbibition du liquide vineux : point de rougeur à la peau. (Lavem. laxatif).

5. avril. Pouls toujours lent et souple ; langue rose et humide ; soif modérée ; toujours de l'appétit, pas de selles. Dans la soirée, fréquents élancements au scrotum, et aujourd'hui encore ces élancements persistent, ainsi que de la douleur à l'aine gauche, où quelques ganglions sont tuméfiés. Les tumeurs sont plus dures, mais elles cèdent toujours à la pression qui n'est pas douloureuse. L'inférieure est surtout tuméfiée à gauche et en avant ; au milieu d'une plaque plus molle, on sent sous le doigt une légère crépitation superficielle. (Compresses imbibées d'eau blanche).

Le gonflement augmente, de la rougeur se manifeste, et les téguments prennent une teinte luisante ; la piqûre s'élargit et présente sur ses parois et à son fond une matière demi-liquide et jaunâtre ; autour d'elle les tissus sont plus mous et crépitent sous le doigt ; ils reposent sur une plaque plus épaisse, plus large et plus dure, sensible à la pression. Des douleurs se manifestent aux reins ; celles de l'aine se dissipent ; des élancements se font sentir davantage dans les parties tuméfiées, et le 9 une incision verticale d'un pouce et demi, est pratiquée sur la tumeur. Il en sort un pus jaunâtre mêlé de bulles d'air, et reposant sur un bourbillon noirâtre.

10. Sommeil toute la nuit, et peu de souffrance dans la tumeur ; au milieu de l'incision est une sorte de membrane noire qui est tirée avec les pinces sans déterminer de douleur : il y a un peu de rougeur autour d'elle ; point de soif ; pouls lent, calme ; langue naturelle : quelques coliques, pas de selles.

13. Le fond de la plaie est formé par une matière blanchâtre ; le pourtour en est lisse, rougeâtre, presque indolent ; plus profondément existe toujours une plaque épaisse et dure.

La suppuration continue à être peu abondante ; la plaie se déterge en rejetant comme des plaques blanchâtres, assez résistantes ; les environs s'endurcissent, les bords deviennent plus épais. La rougeur disparaît, mais la cicatrisation ne s'opérant pas, et le malade voulant s'en aller pour travailler, ce qu'il sent pouvoir être en état de faire, il sort le 20 avril. A sa sortie, la moitié de l'hydrocèle correspondante au point où la ponction a été faite, ou l'infiltration vineuse a eu lieu, semble guérie et ne plus contenir de nouveau liquide ; mais il s'est reproduit dans l'autre partie dont les parois étaient plus épaisses et où l'inflammation environnante n'a pu amener l'adhésion des tuniques.

Après avoir passé quelques jours hors l'hôpital, marchant ou travaillant, Chillot revint le 29 avril, reprendre son lit. Les parties malades étaient à peu près dans

le même état que le jour de sa sortie : l'incision n'était pas tout à fait fermée; ses bords étaient également épais ; la suppuration continuait sur une plaque dure, peu douloureuse ; la tumeur molle qui était restée à droite avait augmenté, ainsi que la gauche.

Le 3 mai, la plaie est cicatrisée, les hydrocèles persistent; deux fils comme deux petits sétons sont passés en croix à travers chaque hydrocèle : ils devront être tournés le matin dans la poche qu'ils doivent enflammer.

4 mai. Etat naturel dans la journée ; mais le soir ont commencé des coliques, des hoquets et quelques vomissements partiels. Il en est de même encore ce matin ; les cordons sont durs et douloureux ; le pouls est fréquent, 90 battements, assez développé; peau chaude; langue rouge et sèche; céphalalgie assez vive. (Saignée ; lav. laxatif).

5. Pas de selle encore; ventre toujours un peu ballonné par des vents qu'il ne peut rendre, et qu'il dit le faire souffrir, surtout aux reins et à l'hypogastre; urines faciles ; langue d'un rouge vif sur les bords, blanchâtre, et sèche à sa surface ; soif ; nul appétit ; pouls petit, résistant; 100 pulsations; peau chaude et humide ; céphalalgie légère; point de sommeil, quoique assoupissement presque continuel. Vives souffrances au scrotum, surtout à gauche où il y a de la rougeur, du gonflement et plus de dureté ; moins à droite : les cordons sont durs et plus volumineux. On ôte les fils, et une assez grande quantité de liquide s'écoule en même temps par les orifices qu'ils ont laissés, et dont les bords laissent suinter une matière blanchâtre, encore mal liée. La saignée n'est pas couenneuse et contient beaucoup de coagulum. (compresses émollientes).

6. Coliques continuelles ; pas de selles ; ventre plus souple, encore un peu douloureux à la pression ; langue rougeâtre et sèche ; soif moins forte ; pouls fréquent et raide, assez étendu; pas de sueur; chaleur modérée; peu de sommeil ; céphalalgie légère. Les tumeurs traversées par les fils sont rougeâtres, tuméfiées et dures, comme si elles étaient remplies d'un liquide en trop grande quantité; des élancements à leur centre, des gouttelettes purulentes aux orifices que les fils ont laissés, et par lesquels un liquide séreux continue à s'écouler. (compresses émoll.; lim.; crême de tartre ℥ j ; sir. gom.)

7. Le scrotum est toujours tendu, plus même qu'après une injection, il est aussi plus dur, mais cette consistance porte sur les parois des tumeurs, qui fournissent du pus : les plaies de l'ancienne incision suppurent moins, les bords en sont rapprochés et moins épais ; il y a toujours des coliques et pas de selles; les souffrances sont plus fortes au-dessus des pubis et de l'aine de chaque côté ; mais les cordons sont moins durs ; pouls plus fréquent, plus large et assez souple : peu de soif; langue rougeâtre et sèche. (Catapl.; deux lav. laxatifs).

La tension, la dureté, la douleur, les élancements s'accroissent surtout à gauche, sans que le mouvement fébrile augmente en proportion : les cataplasmes sont continués, et le 17 la pression fait sortir par l'ancienne incision, qui s'est rouverte, un pus épais et bien lié, venant surtout du côté gauche, qui s'affaisse après cette évacuation : la tumeur droite reste aussi dure.

20. Le côté gauche du scrotum est revenu à son volume naturel, bien qu'il conserve en bas une plaque plus dure, indolente : le droit est toujours gonflé, mais sans rougeur. Du reste, le ventre est souple ; le pouls est redevenu calme avec son rhythme normal. (Frictions mercurielles au scrotum.)

L'état du testicule gauche reste le même ; il conserve la même résistance : à droite il existe deux kystes, dont l'un s'est également endurci, et qui semble recouvrir le testicule auquel il correspond ; l'autre renferme toujours une certaine quantité de liquide. Le malade demande le 25 mai sa sortie, qui lui est accordée.

Le 30, il rentre pour la seconde fois à l'hôpital, se plaignant de souffrir dans la région de l'aine droite, où le cordon en effet est dur, volumineux, très-sensible à la pression, sans rougeur à l'extérieur. Toute la portion droite du scrotum offre une dureté comme ligneuse. Le malade se plaint aussi de souffrir des gencives qui sont un peu rouges et gonflées ; il a quelque peine à manger à cause de la douleur déterminée par la pression des aliments solides. Cet état, amené par les frictions mercurielles faites en dernier lieu, a augmenté depuis sa sortie. L'appétit est bon ; néanmoins il perd la possibilité de le satisfaire. (Garg.; alun ℞; 25 sangsues sur le côté droit de l'aine et de l'hypogastre ; catap.; eau de saturne sur les bourses.)

1er juin. La tuméfaction du cordon testiculaire a diminué ; les souffrances dont il était le siége ont disparu, mais la tumeur du scrotum est la même, aussi dure et aussi indolente. (Même catap. et gargarismes).

2 juin. Il n'y a plus de rougeur aux gencives, et peu de douleur dans la mastication; un peu de souffrance seulement sous l'angle de la mâchoire, sans qu'il y ait de rougeur ni de gonflement : la tumeur du scrotum est la même : le cordon moins dur a été parcouru par quelques élancements peu douloureux. Pas de selles depuis son entrée. (Bain; lav. laxatif; garg.)

3. juin. Plusieurs selles liquides ; soif, peu d'appétit ; pouls souple et régulier, peu fréquent. (Pot. stibiée, 8 grains).

Tous les jours cette potion est continuée ; portée à 10 grains et ramenée à 6, elle ne détermine que quelques nausées sans vomissement; point de selle ; on est même obligé de donner le 10 un lavement qui est rendu sans être suivi d'aucune évacuation. L'engorgement ou l'induration de la tunique vaginale restent les mêmes ; quelques élancements persistent le long du cordon revenu à son état ordinaire. Il n'y a pas de douleur au ventre.

Interrompue quelques jours après par oubli, cette potion est reprise le 12, à 4 grains, puis portée à 6, et ainsi successivement : les vomissements, assez rares d'abord, cessent bientôt, et rien ne se manifeste du côté de la bouche ; la langue est rose et humide; les selles toujours rares, et le 25 juin le malade demande à sortir. Il s'est fait un notable dégorgement dans la tumeur ; il n'y a point de rougeur, mais il y a toujours de l'induration. L'hydrocèle droite, qui n'a pas été guérie en entier, a diminué; la gauche est complétement fermée.

Cette observation offre un exemple 1° d'hydrocèle double ; 2° d'une hydrocèle vaginale à droite, et d'une hydrocèle divisée en deux lobes à gauche par quelques brides ; 3° d'une position anormale du testicule à gauche; 4° d'une gangrène du scrotum par suite de l'injection vineuse; 5° du peu d'accidents que cause d'abord cette gangrène ; 6° de la guérison d'une moitié de l'hydrocèle biloculaire sous l'influence, soit de l'injection, soit de la suppuration du scrotum, sans que l'autre moitié de la même tumeur ait semblé s'en apercevoir; 7° des phénomènes que détermine la présence de fils

dans une hydrocèle simple et dans une hydrocèle compliquée; 8° de la guérison complète d'un côté, incomplète de l'autre côté, par cette méthode. C'est à cause de ces nombreuses particularités que je la donne ici avec tous les détails dont M. Lemoine l'a entourée.

Je crois donc qu'avec ou sans l'intermède des fils, l'acupuncture, que M. Lewis vient de donner en la réduisant à une simple piqûre d'aiguille, comme une nouvelle méthode (*the Lancet*; 1836), est un procédé à rejeter définitivement du traitement de l'hydrocèle.

§ 2. *Compression.* — Je demandais aussi, en 1832 (*méd. opérat.*; etc., t. III), si une compression méthodique, pratiquée à l'aide d'un emplâtre rétractif après la ponction, ne parviendrait pas quelquefois à faire disparaître cette affection comme l'orchite, chez les personnes qui ne veulent pas se soumettre, ou qui ne peuvent pas être soumises à l'une des opérations généralement connues comme devant en produire la guérison radicale. Les bandelettes de diachylon, qui, bien appliquées, dissipent si rapidement l'orchite aiguë, ont été mises en usage par moi, sur trois personnes, dans le courant de septembre et d'octobre 1836. Le scrotum, y compris le testicule du côté malade, immédiatement enveloppés de cet emplâtre après la ponction, de manière à mettre et à tenir en contact les deux parois de la tunique vaginale, n'a point empêché le liquide de se reproduire.

Obs. IIe. (par M. Bolton). *Hydrocèle enkystée du cordon, compression sans succès; injection de teinture d'iode; guérison.* — Lépine, âgé de 61 ans, journalier, demeurant rue Guénégaud, 31, est entré le 14 août 1836. En rentrant chez lui hier soir, il est tombé de sa hauteur, la jambe droite renversée sous lui, et il n'a pas pu se relever pour marcher; la jambe s'étant fracturée on le conduit aussitôt à l'hôpital. Nous passons sur les détails de cette fracture, pour laquelle on applique l'appareil de Scultet. La jambe droite est beaucoup plus courte que la gauche, le pied de côté est renversé en dehors. On apprend du malade que cette conformation est le résultat d'une chute qu'il a faite il y a fort longtemps (en 1813). Dans la même chute, il s'est frappé les bourses contre la selle d'un cheval, et quand on l'a relevé, il avait le scrotum droit gros comme une orange, volume qui n'a jamais diminué depuis; on y sent de la fluctuation.

Examinée le 20 août, la tumeur du scrotum présente tous les caractères de l'hydrocèle, et ce qu'il y a de singulier, on peut mouvoir le testicule tout autour. M. Velpeau y fait une ponction avec un petit trois-quarts, vide le kyste d'un demi-verre de liquide séreux, jaunâtre, puis il enveloppe le testicule et la poche d'une culotte de bandelettes agglutinatives pour exercer une compression forte sur ses parois. 21, on remet les bandelettes; il n'y a pas d'engorgement nouveau; 22, le scrotum est un peu plus gros que hier, mais on ne sent pas de liquide; on renouvelle les bandelettes. 23, le sac ne semble plus contenir de sérosité, on ne remet pas de bandelettes.

Le 10 septembre. Il y a un peu de sérosité épanchée de nouveau dans le sac. 16. On ôte l'appareil de la jambe pour le replacer; pas d'engorgement du membre; pas de déplacement. 20. M. Velpeau fait une nouvelle ponction de la tumeur, en tire la sérosité et injecte à la place de l'eau chargée de teinture d'iode pour en enflammer l'intérieur. 21. Le malade a senti des douleurs dans les reins et dans l'aine. Le testicule est très-sensible, mais peu volumineux. 22. Le scrotum commence à diminuer de volume. 30. Il ne contient plus qu'un noyau dur formé par le sac oblitéré qui se trouve au-dessus et à côté du testicule; cette partie est presque à son état naturel. — Le malade reste encore à l'hôpital jusqu'au 6 octobre, à cause de sa fracture.

Si la compression a complétement échoué chez cet homme, tandis qu'une injection irritante a si promptement dissipé la maladie, il n'y a pas lieu, peut-être, de s'en étonner; d'un côté le kyste datait de 23 ans, et de l'autre les bandelettes n'avaient aucun point d'appui pour en maintenir les parois en contact. Un fait plus concluant était donc nécessaire pour décider la question. On le trouvera, je crois, dans l'observation suivante :

Obs. IIIe. (par M. Naphti). *Écoulement blennorrhagique, hydrocèle traitée sans succès par la compression; inject, iodée, guérison en 5 jours.* — Causse (Etienne), âgé de 37 ans, tailleur, entré à la Charité le 25 août; il est doué d'une bonne constitution et d'un tempérament bilieux nerveux; il n'a éprouvé aucune maladie grave, si ce n'est le choléra. Il y a trois mois qu'il contracta un écoulement blennorrhagique qui a duré un mois et demi : il a subi un traitement dirigé par un charlatan qui lui donnait du bol d'Arménie. Le testicule droit s'est gonflé en causant des douleurs assez vives et un peu de réaction générale. On lui a prescrit un bain, puis vingt sangsues, dont on a réitéré l'application quelques jours après sur la partie douloureuse. L'orchite ne s'en est pas moins développée, et l'écoulement n'est point arrêté. Un autre médecin lui a fait appliquer un emplâtre verdâtre qui, d'après ce que dit le malade, l'a un peu calmé, et dont il a continué l'emploi pendant vingt jours.

26 août. *État actuel.* — L'écoulement est assez abondant; la matière en est verdâtre, jaunâtre, épaisse. Le scrotum droit est le siége d'une tumeur arrondie, légère, fluctuante, du volume d'une orange, transparente, sans changement de couleur à la peau. Le malade n'y sent pas la moindre douleur, même sous la pression. (opiat de cubèbe et de Copahu qui supprime l'écoulement en trois jours.) 27. On pratique une ponction de la tunique vaginale et il en est sorti 3 à 4 onces de sérosité claire. Une compression méthodique avec des bandelettes de diachylon gommé a été immédiatement établie tout autour. 28, 29, 30. Point de réaction ni de gonflement : l'opiat et la compression sont continués.

2 Septembre. Le malade, qui a été pris de vomissements, sent des douleurs qui, du flanc droit vont jusqu'à la cuisse du membre correspondant; son testicule droit est un peu rouge ainsi que le trajet du cordon. (Bain; sinapismes aux pieds; bouillon. La compression est enlevée.) 3. Le malade n'a plus de vomissements ni de fièvre. 4, 5, 6. Son hydrocèle reparaît. 7, 8, 9. L'hydrocèle est redevenue aussi volumineuse qu'avant la ponction.

10 Septembre. On a fait une seconde ponction, puis on porte dans la tunique vaginale une injection d'eau chargée de teinture d'iode. 11. Un peu de réaction locale seulement. 12. La tumeur est diminuée de volume, mais est encore douloureuse sous la moindre pression, on n'y sent plus de fluctuation. 13. La douleur est diminuée et la tumeur affaissée. 15. Le malade sort aujourd'hui parfaitement guéri de son écoulement blennorrhagique et de son hydrocèle.

Ainsi, maladie peu ancienne, hydrocèle peu volu-

mineuse, testicule régulier et facile à irriter, il était impossible de choisir un cas plus favorable au succès de la compression. C'en est assez, il me semble, pour montrer que ce moyen serait au moins fort infidèle, en supposant qu'il pût réussir quelquefois. C'est qu'en fermant le kyste, il faudrait en effet que la compression pût aussi enflammer l'intérieur.

On a dû pressentir déjà par les deux observations qui précèdent, que la médication dont il me reste à parler ne doit être confondue, sous le rapport de l'importance qu'elle mérite, ni avec l'acupuncture, ni avec la compression.

§ 3. *Injection iodée.* — Ayant appris que les préparations d'iode avaient été employées en topiques sur l'hydrocèle, et qu'on leur attribuait des succès, j'ai pensé à les essayer aussi en injection. Pour cela je me suis servi d'une solution ou d'un mélange d'eau et de teinture alcoolique d'iode (un à deux gros de teinture par once d'eau). Après avoir vidé le kyste par la ponction ordinaire, j'y fais une injection de une à quatre onces du liquide précédent. Il est inutile d'en remplir la tunique vaginale, pourvu qu'en malaxant la tumeur on force le médicament à en toucher tout l'intérieur. On le retire aussitôt, mais sans craindre d'en laisser une certaine quantité. Comme il n'est pas nécessaire de chauffer ce remède, ni d'en remplir le kyste, ni de le faire ressortir en entier, la seringue généralement employée pour les injections de l'urètre suffit; on en est quitte pour la remplir trois ou quatre fois si l'hydrocèle est volumineuse. Après l'injection, le malade peut ne pas rester couché. La partie se gonfle pendant trois ou quatre jours sans causer de fièvre ni de douleur sérieuse; la résolution commence ensuite et s'opère ordinairement avec rapidité. J'ai maintenant mis vingt fois cette méthode en usage. Aucun des malades n'en a éprouvé le moindre accident; dix-huit d'entre eux ont été guéris en moins de vingt jours; chez un autre, la résolution n'était encore qu'à moitié opérée au trente-unième jour: j'ai recommencé l'opération, et la guérison s'est ensuite effectuée rapidement. Le vingtième, qui avait une hydrocèle à deux loges, est resté six semaines à l'hôpital, à cause d'un engorgement du testicule. Deux avaient déjà été opérés sans succès par l'injection vineuse (*obs.* 4) et la cautérisation (*obs.* 5); deux avaient une hydrocèle enkystée du cordon (*obs.* 2); chez trois, la tumeur contenait environ douze onces de sérosité; dix avaient le testicule hypertrophié, bosselé, malade depuis longtemps; chez tous, excepté deux, la maladie datait de plus de six mois; deux en étaient affectés depuis quinze ans; un autre depuis vingt-quatre ans. Les observations 2e et 3e prouvent que, sous l'influence de cette injection, l'hydrocèle enkystée du cordon peut être radicalement guérie en dix jours, et qu'il suffit de cinq jours pour faire disparaître certaines hydrocèles de la tunique vaginale. On verra, par les faits qui vont suivre et que je choisis entre vingt observations détaillées, quelles sont les suites et les résultats de cette nouvelle méthode opératoire dans les différentes variétés de l'hydrocèle.

Obs. IVe — *Hydrocèle vaginale; inject. vin.; récidiv. injec. iodée; une once du liquide laissé dans le kyste. Aucune précaution; guérison en* 15 *jours.* — Un jeune homme âgé de 19 ans, me fut conduit à la Charité par M. Artaud de Beaufort, au mois d'août 1836, pour une maladie du scrotum datant de deux ou trois ans. Il s'agissait d'une tumeur qui s'était developpée sans cause appréciable et avec lenteur dans la bourse gauche; elle était indolente, tendue, mobile, *lourde*, plus volumineuse que le poing. La fluctuation y était obscure, et la transparence ne se voyait que sur sa moitié externe et antérieure. Le testicule et l'épididyme, placés en dedans, siége de quelques élancements, paraissaient durs, fort gonflés et altérés. Tout indiquait du reste que le mal était absolument local. Ce garçon, fils d'un ouvrier, de la ville, ne voulut pas rester à l'hôpital. Il fut opéré chez lui 15 jours après, par un médecin qui se servit de l'injection vineuse. Une inflammation, une réaction fort vives eurent lieu, et retinrent le jeune homme au lit pendant quinze jours. Le gonflement diminua ensuite pendant huit jours; à partir de là il resta stationnaire. On eut recours à divers topiques résolutifs mais sans espèce d'avantage jusqu'à la fin d'octobre. Quand ce malade vint me revoir au mois de novembre, il ne me dit pas et je ne m'apperçus point que je l'avais examiné autrefois. Sa tumeur avait un peu plus que le volume du poing, et offrait les mêmes caractères que la première fois, si ce n'est que la transparence n'était plus complète et que son poids était moins considérable. Rien ne put le décider à rester à l'hôpital. Il consentit seulement à venir se faire opérer un matin, à condition que je le laisserais retourner immédiatement après chez son père. Il se présenta en effet trois jours plus tard. Un verre environ de sérosité citrine sortit de sa tunique vaginale. J'injectai à la place une once et demie d'eau contenant deux gros de teinture d'iode. Après avoir malaxé le scrotum je laissai sortir à peu près la moitié de l'injection. L'autre moitié resta dans la poche. La canule étant retirée, le malade descendit du lit et s'en alla avec son père qui me le ramena le sixième jour. Alors le gonflement commença à diminuer. Il n'y a point eu de fièvre; le jeune homme n'a point gardé le lit et n'a rien changé à son régime habituel. Il porte un suspensoir et se sert de compresses saturnées. Le quinzième jour on ne sent plus de liquide dans la tunique vaginale. La tumeur ne dépasse que d'un tiers le volume du testicule droit. Aujourd'hui, 15 janvier 1837, la guérison ne s'est pas démentie.

Obs. Ve — *Hydrocèle vaginale cautérisat., récidiv., injec. iodée; guérison en quinze jours.* — Sylva, Brésilien, âgé de 22 ans, étudiant en médecine, grand, bien constitué, eut, il y a cinq ans, une hydrocèle à droite qu'on a opérée dans son pays il y a deux ans, à l'aide de caustiques, et qui reparut bientôt après du même côté. Aujourd'hui la tumeur a le volume d'une tête de fœtus au sixième mois. Le testicule et l'épididyme, applatis, légèrement bosselés en arrière, sont à leur place naturelle. On voit en avant une cicatrice longue de plus d'un pouce, indiquant le lieu de l'ancienne cautérisation. La transparence n'en est pas moins parfaite dans les 4/5 de la masse, qui est légère et pyriforme. Le cordon est libre et tous les organes abdominaux paraissent sains. Le kyste était d'ailleurs fort mince, sans éraillure apparente, tout à fait indolent et ne gênait le malade que par son son poids et son volume.

L'opération fut pratiquée le 8 décembre 1836. J'enfonçai le trois-quart au lieu d'élection. Huit onces de sérosité citrine s'écoulèrent par la canule. Je constatai que l'épididyme, conservant à peu près son épaisseur naturelle, était de moitié plus large que de coutume. Le volume du testicule était au contraire sensiblement amoindri, mais cet organe ne donnait d'ailleurs l'idée d'aucune autre altération. Un mélange de six gros de

teinture alcoolique d'iode pour quatre onces d'eau avait été préparé d'avance et déposé dans une soucoupe. La cautérisation ayant échoué jadis, je résolus d'injecter ici une plus grande quantité de ce liquide que dans le cas précédent. J'en fis donc pénétrer deux onces d'abord, puis une once encore après avoir retiré cette première injection, et avant de vider la tunique vaginale en entier. Le jeune homme se plaignait à peine pendant l'opération et ne sentit point de douleur lombaire. On appliqua des compresses imbibées d'eau blanche sur les bourses. Dès le lendemain, le scrotum se gonfla, devint rouge et sensible, mais sans causer de fièvre jusqu'au cinquième jour. Alors, la tunique vaginale paraissait distendue par un nouvel épanchement et avait acquis le même volume qu'avant l'opération. Ce gonflement avait déjà diminué d'un tiers le huitième jour. Le malade n'a osé se lever que le sixième jour. Son alimentation n'a jamais été suspendue. Examiné le quinzième jour, le scrotum était encore moitié plus gros à gauche qu'à droite, mais il n'y avait plus la moindre apparence de liquide dans le sac vaginal et la tumeur n'offrait plus le moindre signe de douleur. M. Sylva sortait depuis le dixième jour et cessa dès lors de s'astreindre à aucun régime. Il est maintenant parfaitement guéri.

Obs. VIe. — *Hydrocèle vaginale peu volumineuse, testicule bosselé. Injec. iodée; pas de précaution; guérison en douze jours.* — M. le comte de Ch..., âgé de 32 ans, jouissait habituellement d'une bonne santé; ayant eu plusieurs blennorrhagies, il portait depuis deux ans dans la portion gauche du scrotum, une tumeur qui avait acquis en quelques mois le volume du poing. L'équitation à laquelle il se livre souvent est cependant la seule cause que le malade puisse attribuer à cette tumeur, qui a été soumise jusqu'ici à toute sorte de traitements topiques. Elle est lourde, globuleuse, sans changement de couleur à la peau. Des élancements s'y font assez souvent sentir. Sa région antérieure est fluctuante, dépressible, et transparente. Sa moitié postérieure est au contraire dure, bosselée, sensible à la pression et complètement opaque. Il n'y a rien du côté du cordon, du canal inguinal ou de l'abdomen. On rencontre là tous les signes d'une hydrocèle avec hypertrophie du testicule et surtout de l'épididyme. Peut-être y a-t-il aussi quelque masse tuberculeuse dans cet organe.

L'opération est pratiquée le 20 novembre 1836 en présence de MM. les docteurs Parent et Nicolas. La ponction donne issue à un verre de sérosité citrine. Trois gros de teinture iodée mêlés à deux onces d'eau ont été préparés d'avance. Les deux tiers de ce mélange sont injectés sur-le-champ dans la tunique vaginale. Après avoir malaxé les bourses pendant quelques secondes je fais sortir la moitié du liquide injecté; le reste est abandonné dans le sac et la canule retirée aussitôt. Quoique très-irritable, M. de Ch... dit n'avoir que très-peu souffert. On a pu s'assurer que le testicule et l'épididyme, avec leurs bosselures, offraient le double au moins de leur volume ordinaire.

Le malade se lève et dîne le soir. Le lendemain il sort en voiture. Le sommeil n'a point été troublé et l'appétit se maintient. Le scrotum, qui a repris la moitié du volume qu'il avait avant l'opération, est légèrement douloureux à la pression. On le couvre de compresses imbibées d'eau de Saturne. Le troisième et le quatrième jour, le gonflement et la douleur augmentent un peu. M. de Ch... ne s'en lève pas moins. Le huitième jour la résolution est plus d'à moitié opérée. Il n'y a plus ni douleur ni rougeur. La tumeur a la forme d'un œuf régulièrement tendu. Les bosselures et le gonflement du testicule commencent à se dissiper aussi dès le douzième jour. Alors l'hydrocèle est complètement guérie. Aujourd'hui 20 janvier 1837 il n'en reste pas la moindre trace.

Obs. VIIe. — (par le Dr Raymond). *Hydrocèle vaginale volum. ancienne. Injection iodée; guérison en 13 jours.* — Marchant (Joseph), charron, âgé de 45 ans, d'une forte constitution, est entré le 27 décembre à l'hôpital de la Charité. Cet homme avait une tumeur du volume des deux poings dans le côté gauche du scrotum : cette tumeur présentait tous les caractères de l'hydrocèle; savoir : mobilité; peu de pesanteur, égalité de surface, rénitence, et enfin, les signes vraiment pathognomoniques, la transparence et la fluctuation. Elle présentait une des formes qui lui sont communes, celle d'une cornemuse, dont la petite extrémité remontait en haut jusqu'au canal inguinal, et la grosse était en bas et courbée en dedans. M. Velpeau s'assure de la position du testicule, qui se trouvait en bas et en arrière, de manière que cette hydrocèle de la tunique vaginale présentait tous les caractères normaux assignés par les auteurs à l'hydrocèle la plus régulière. Le malade ne peut assigner aucune cause à son origine; il se rappelle seulement que depuis très-longtemps il avait remarqué que le testicule gauche était plus volumineux que l'autre, ce qu'il croit pouvoir attribuer à une contusion reçue à l'occasion de ses travaux, car il affirme n'avoir jamais eu de maladies vénériennes. Cet homme, père de six enfants, présente la disposition du méat urinaire que l'on nomme hypospadias : cette disposition ne paraît pas congénitale; on voit en effet une petite cicatrice occuper la place du méat normal entièrement obturé; l'hypospadias est situé vers cette portion de la couronne du gland où se forme le repli de la membrane préputiale. Le malade se rappelle effectivement avoir entendu dire qu'à l'âge de deux ou trois ans, une opération lui avait été pratiquée : l'état de déformation du prépuce semble porter à croire qu'il avait été atteint d'un phimosis.

Le 2 janvier, l'opération de l'hydrocèle fut pratiquée par M. Velpeau : après avoir fait la ponction avec le trocart armé de sa canule au lieu d'élection dans l'espèce, c'est-à-dire à la partie antérieure et inférieure du scrotum gauche, et avoir laissé écouler la sérosité citrine, le chirurgien fit l'injection avec la teinture d'iode (six gros pour quatres onces d'eau), puis il froissa pour ainsi dire pendant quelques secondes le scrotum, avant de laisser écouler la plus grande partie de la liqueur dont une portion seulement fut laissée à dessein dans la tunique vaginale. M. Velpeau permit au malade de retourner immédiatement chez lui à condition qu'il reviendrait à la visite et qu'il serait suivi par un jeune médecin commis à cet effet. Le 2 janvier, le malade est bien; le toucher lui fait éprouver de la douleur au scrotum gauche; un léger gonflement s'est manifesté (applications de compresses imbibées d'eau blanche); pouls un peu fréquent; le malade se lève deux heures le soir, prend au petit potage. Le 3 : scrotum toujours douloureux au toucher, la tuméfaction est un peu augmentée; application de compresses; le malade se lève, descend dans l'atelier après avoir mis un suspensoir; pouls normal; il prend ses repas ordinaires; on est obligé de l'enhardir à continuer ses habitudes, car il semble douter qu'un résultat heureux puisse s'obtenir sans de plus

grands moyens et avec si peu de ménagements. Du 4 au 10 : la tuméfaction persiste, mais la douleur est moins grande, presque nulle même vers ces derniers jours ; il a repris ses travaux. Le 11, diminution très-sensible de la tumeur. Les 12 et 13, la mensuration donne un pouce de moins ; le 15, le scrotum gauche est presque revenu à son état normal, bien que plus volumineux que le droit en raison de l'ancienne orchite, de l'épaississement et de l'excédent du scrotum de ce côté. Le 16, le malade se présente à la visite de M. Velpeau, et fait constater encore une fois son état satisfaisant. Aujourd'hui, 18, la résolution est complète.

Obs. VIIIe.—(par M. Nafti) *Hydrocèle vagin. volumineuse. Inject. avec l'iode ; guérison en dix jours.* — Pouillaud, âgé de 50 ans, est entré le 3 septembre, à l'hôpital. Cet homme doué d'une constitution forte et d'un tempérament bilieux lymphatique, n'a jamais eu d'autres maladies graves que des fièvres intermittentes. Il dit qu'à l'âge de vingt ans il fut pris d'un écoulement blennorrhagique en Dalmatie ; depuis il a toujours joui d'une très-bonne santé ; à l'âge de huit ans il eut une hernie qui n'a jamais donné lieu au moindre phénomène d'étranglement et qui n'a existé qu'un an. Il y a six mois aujourd'hui que le malade s'est aperçu qu'il portait à la partie droite et inférieure du scrotum, une tumeur molle, légère, indolente. Cette tumeur augmenta de volume pendant un mois : en ville, on lui fait trois applications de quinze sangsues sur la partie tuméfiée en l'espace de quinze jours : huit jours après on fit usage d'un large vésicatoire qui enveloppait toute la tumeur : à l'époque où on appliqua le vésicatoire, une autre tumeur, avec les mêmes phénomènes et la même marche, s'est manifestée sur le trajet du cordon testiculaire, laquelle tumeur est restée stationnaire depuis quinze jours.

4 septembre : *État actuel.* Le scrotum droit, et tout le trajet du cordon jusqu'à l'anneau inguinal, représentent une tumeur oblongue comme étranglée où commence la tunique vaginale, de telle sorte qu'elle simule la forme d'un bissac. Le tout représente une grande poire ou plutôt une véritable gourde. La tumeur, du reste régulière, ne donne lieu au dérangement d'aucune fonction, n'est point douloureuse à la pression. Le testicule se trouve en arrière et en bas.

6 septembre. On pratique l'opération. Il en sort à peu près une once de liquide citrin. Une injection d'eau ℥ iij avec teinture d'iode 3 vj, est aussitôt effectuée. 7. Le testicule est rouge et gonflé ; il n'y a pas eu de mouvement fébrile. 8. Point de réaction générale ni de fluctuation dans la tumeur, qui d'ailleurs est rouge et rénitente. 11. Le scrotum est toujours gros, mais il ne paraît pas y avoir d'épanchement liquide dans la tunique vaginale. 12, 13 : la tumeur diminue graduellement et d'une manière rapide. 16. Le malade sort de l'hôpital parfaitement guéri.

Obs. IXe.—(par M. Lemoine) *Hydrocèle vaginale. Injection de teinture d'iodé ; guérison; pas d'accidents.* — Le nommé Yvon (René), chapelier, âgé de 34 ans, habituellement bien portant quoique d'une constitution peu forte et d'un tempérament d'apparence lymphatique, n'ayant jamais eu d'affection vénérienne, entra le 19 octobre à la Charité pour une tumeur du scrotum dont l'origine remontait à huit mois déjà. Quand il s'en aperçut à cette époque, elle avait le volume d'un petit œuf, et il ne remarqua pas si elle avait commencé par la partie inférieure des bourses ; il ne put même dire quelle en fut la cause ; mais elle acquit en cinq ou six jours un volume considérable, et devint plus dure, sans le faire souffrir davantage. Il entra alors dans un hôpital, et sous quelques cataplasmes qu'on appliqua, elle devint plus molle et diminua ; il reprit ses occupations ordinaires qui le forçaient d'être debout continuellement, parcourant à pied plusieurs localités afin d'y trouver à travailler, et à son arrivée à Paris il y a un mois, la tumeur augmentée pendant ces diverses excursions, avait le volume qu'elle présente aujourd'hui. Les bourses sont tendues et relevées en avant par une tumeur dure, cylindrique, uniforme dans sa longueur et sa consistance, semblable pour sa forme à une aubergine un peu volumineuse, se prolongeant en haut vers le pubis, et laissant en bas et en arrière le testicule de ce côté reconnaissable à sa sensibilité spéciale, tandis que le droit est repoussé vers le canal inguinal correspondant par le liquide qui distend le scrotum ; une lumière placée derrière la tumeur permet de constater la transparence de celle-ci ; la pression du reste est indolente, et le malade ne se plaint et ne veut être débarrassé de son hydrocèle que parce qu'elle gêne sa marche et ses mouvements. Sa santé habituelle n'en est point troublée, et toutes les fonctions s'exercent normalement. Après quelques jours de repos pendant lesquels un ou deux bains furent donnés, une ponction fut pratiquée le 24, et donna issue à une sérosité citrine, pure d'abord, et mêlée vers la fin de quelques parcelles pseudo-membraneuses ; l'évacuation du liquide permet de sentir le testicule qui a conservé son volume ordinaire, mais à pris peut-être un peu plus de mollesse, tandis qu'au dehors et à la base du scrotum il existe une espèce d'empâtement assez résistant, mais indolent ; la poche ainsi vidée est aussitôt remplie par un mélange d'eau et de teinture alcoolique d'iode (3 ij de teinture pour ℥ j. d'eau) au moyen d'une petite seringue ordinaire à urètre, qui fait pénétrer ainsi dans la tunique vaginale environ une once et demie de ce liquide froid ; après qu'il a été promené sur tout l'intérieur du sac pendant quelques instants le remède en est exprimé, sans qu'on ait recours toutefois à toutes les précautions ordinairement prises pour que toute la matière injectée ressorte exactement. La sensation éprouvée au moment même où l'injection a été poussée n'a point été douloureuse ; c'est une sensation de fraîcheur, pénible seulement parce qu'elle surprend et non parce qu'elle fait beaucoup souffrir ; elle s'est propagée rapidement jusque vers la paroi abdominale et n'a été que momentanée ; mais pendant les deux ou trois heures suivantes, le malade a ressenti dans la région des reins une douleur sourde qu'il compare à celle que détermine la rétention de matières fécales dont on cherche vainement à se débarrasser. Le reste de la journée s'est passé sans la moindre souffrance, et le 25, la tumeur est indolente, légèrement empâtée et pendante ; le pouls un peu fréquent est souple, la peau naturelle, il n'y a point eu de sueur ni de frisson, la langue est rosée, humide, nette, pas de soif, de l'appétit. — (Compresses d'eau blanche sur la tumeur. Suspensoir. Quart d'aliments.)

26. La tumeur est légèrement tuméfiée, quoique peu tendue et mollasse ; elle présente une sorte d'empâtement plus résistant qu'hier, et une teinte rose plus marquée ; elle n'est pas plus douloureuse, et le cordon est libre, également indolent, sans rougeur ni tuméfaction sur son trajet. Le pouls conserve toujours un peu de

fréquence sans dureté, l'appétit est plus grand, aucun signe de réaction (Mêmes compresses).

30. L'état du scrotum n'a point changé, et présente, sans tuméfaction, le même empâtement qui donne sous le doigt une sensation assez semblable à celle que fournirait de la charpie mouillée, peu serrée; même teint rougeâtre; quelques élancements ont été sentis hier, mais ils n'ont été que passagers.

Le 3 novembre, des onctions d'onguent napolitain sont commencées sur la tumeur, qui n'a point augmenté de consistance ni de volume, et dont la coloration rosée se dissipe. Aucune indication particulière ne survient, le malade se regarde comme guéri, et après plusieurs jours destinés à achever cette sorte de convalescence qui ne demande aucun soin, il sort le 13 novembre, ne conservant plus qu'une petite masse solide, indolente, semblable à un testicule hypertrophié qui devra plus tard se réduire insensiblement, et qui maintenant ne gêne point la marche.

Obs. X^e.— (par M. James) *Nécrose du tibia; hydrocèle; injection par l'iode; amputation du genou; accidents de réaction inflammatoire; mort. — Examen du scrotum.* — Coysier (Baptiste), marchand de vin, âgé de 44 ans, est entré le 30 octobre 1836. Doué d'une constitution assez forte, d'un tempérament éminemment bilieux, cet homme n'a jamais eu d'autres maladies que celles qui l'amènent à l'hôpital, maladies qui datent au reste de fort loin. Dès l'âge de vingt ans, la jambe gauche devint douloureuse et se gonfla; la suppuration, et ensuite la sortie de quelques esquilles, annoncèrent une nécrose. Le malade n'en reconnait pour causes que le séjour habituel dans l'eau, et peut-être la masturbation : ses plaies guérirent au bout de trois ans. La suppuration se manifesta de nouveau il y a huit ans, et ne dura que six semaines. Il y a trois semaines, après une grande fatigue, la jambe devint douloureuse, se gonfla, et le malade s'est décidé à venir à l'hôpital. Il y a environ quinze ans qu'il s'est aperçu que le scrotum gauche se gonflait sans douleur. Aujourd'hui ce côté des bourses a trois fois le volume du droit. Il est sans changement de couleur à la peau; fluctuant et transparent, excepté vers la partie postérieure. Il est manifestement le siége d'une hydrocèle.

Le 9 novembre, on opère l'hydrocèle. La tunique vaginale contient six onces d'une sérosité transparente : un mélange d'eau et de teinture d'iode injecté à la place a produit une douleur qui retentit dans l'aine, mais qui est beaucoup moins forte que par l'injection vineuse. (Quart d'aliments; orge miellée). Le 11, le malade n'a point éprouvé de douleur depuis l'injection. Le scrotum est gonflé très-rapidement, mais sans grande chaleur ni douleur, si ce n'est au toucher. Le 14, le gonflement est maintenant à sa période de décroissement. Le malade a un peu marché. Le 17, le scrotum diminue de volume sans aucun accident. Le 22, le scrotum n'a guère plus de volume à droite qu'à gauche. L'ouverture de l'abcès de la jambe commence à se cicatriser.

Le 5 décembre, la jambe est le siége de nouveaux accidents; l'ulcération persiste; il y a là une ouverture fistuleuse entretenue par une lésion trop grave pour qu'on puisse espérer une guérison. Il y a en effet une altération profonde du tibia. Le stylet, introduit par l'ouverture des téguments, pénètre jusqu'à deux pouces de profondeur, et il arrive dans une caverne osseuse où se rencontrent sous l'instrument des portions encore dures et d'autres ramollies. Il existe là une carie au milieu de laquelle sont des fragments nécrosés, les uns libres, les autres encore adhérents. La maladie semble avoir débuté par une fièvre de réaction très-vive.

Amputé le 5 décembre, le malade meurt le 18. L'examen du scrotum montre, 1° que les enveloppes immédiates de la tunique vaginale s'en détachent comme le ferait l'amnios du chorion; 2° que cette tunique, épaisse de deux lignes, comme albuginée, et intimement confondue avec la coque du testicule; 3° que celle-ci est fort amincie et d'une teinte rougeâtre; 4° que le testicule et l'épididyme ont d'ailleurs recouvré leur état naturel.

Avec la teinture d'iode substituée au vin, on n'a besoin ni de rechaud ni de seringue exprès, ni d'aucun préparatif (Voy. *obs.* 9). N'étant point obligé de distendre la tunique vaginale, on court à peine le risque de faire refluer le liquide ou de le pousser dans l'épaisseur du scrotum. Comme c'est une substance *absorbable*, son infiltration ne semble pas exposer aux inflammations gangréneuses comme le vin; elle n'a pas besoin d'être retenue plus de 5 à 10 minutes dans le kyste; j'en ai laissé exprès une once dans la tunique vaginale, et le succès n'en a été que plus prompt (*Obs.* 4). Le retentissement de la douleur dans la région lombaire est inutile. Les malades souffrent peu; ils pourraient se lever et marcher sans de graves inconvénients le lendemain (*Obs.* 7). Un jeune homme qui avait inutilement subi l'injection vineuse, est venu de la ville se faire opérer le matin à l'hôpital, et s'en est retourné chez lui, où il n'a point cessé de se lever (*Obs.* 4). Un autre, M. de Ch. (*Obs.* 6), que j'opérai en présence de MM. Parent et Nicolas, s'est promené chaque jour sans que la cure en ait été ralentie. La guérison est plus prompte (*Obs.* 2, 3, 8), et tout aussi solide (*Obs.* 10), que par le vin. Sera-t-elle aussi constante? Rien ne m'autorise à en douter jusqu'à présent. N'oublions pas, toutefois, que ce ne sont là que des essais. Il reste encore à déterminer quelles sont les proportions de teinture les plus convenables, s'il vaut mieux retirer le liquide que d'en abandonner une partie dans le sac, s'il est indispensable que le malade reste couché, s'il est utile d'appliquer quelques topiques sur la tumeur, et si les résultats seront les mêmes dans les différentes sortes d'hydrocèle. Le temps seul peut éclaircir ces points de la question; mais ce que j'ai obtenu est déjà de nature à justifier d'autres tentatives du même genre, et à faire supposer que la teinture d'iode sera probablement substituée avec avantage à l'injection vineuse dans le traitement de l'hydrocèle. L'un des premiers malades (*Obs.* 10), que j'ai traités de cette façon, et qui était guéri le dixième jour, est mort depuis par suite d'une amputation de jambe. Le scrotum, disséqué avec soin, a montré que des adhérences celluleuses s'étaient établies entre tous les points de la cavité vaginale, et qu'aucune récidive n'eût été possible. Avec ce liquide, une seringue de la capacité de trois à quatre onces est assez grande pour tous les cas; seulement il faudrait, si on en choisissait une *ad hoc*, chercher la substance qui se laisse le moins altérer par l'iode, ou qui est le moins susceptible de réagir sur cette substance. Je m'en suis tenu jusqu'à présent aux seringues en étain.

—

Nouvelles expériences sur le sens du goût chez l'homme, suivies d'un examen succinct des travaux principaux publiés récemment sur le même sujet; par JULES GUYOT, D.-M.-P. (1).

Nous avons, M. Admyrauld et moi, publié au commencement de 1830, une série d'expériences sur le siége du goût chez l'homme, et nous avons constaté :

1° Que les lèvres, la partie interne des joues, la voûte palatine, le pharynx, les piliers du voile du palais, la face dorsale et la face inférieure de la langue, sont tout à fait étrangères à la perception des saveurs.

2° Que l'exercice du sens du goût n'a lieu que dans la partie postérieure et profonde de la langue, au-delà d'une ligne courbe à concavité antérieure, passant par le trou borgne, et joignant les deux bords de l'organe en avant des piliers ; sur les bords de la langue dans toute leur épaisseur, et sur une surface d'environ deux lignes qui les prolonge et les unit à la face dorsale ; sur sa pointe avec un prolongement de quatre à cinq lignes sur la face dorsale, et de une à deux sur la face inférieure; enfin, sur une petite surface du voile du palais située à peu près au centre de sa face antérieure.

Ces faits résultent exclusivement d'expériences faites sur nos propres organes : et le sens du goût ne peut être rigoureusement analysé que de cette façon, car aucun animal ne peut traduire assez évidemment les impressions de saveur qu'il reçoit pour ne laisser aucun doute dans l'expression qu'il en donne. Les moyens que nous avons employés et indiqués sont d'ailleurs simples et sûrs ; tous les physiologistes, en les mettant en pratique, ont pu constater l'exactitude de nos résultats; ils nous paraissent aujourd'hui reconnus et admis dans la science, et il devait en être ainsi.

Nous n'avions encore examiné la question du goût que sous un seul point de vue, celui de son siége ; c'était le premier à étudier. Nous avons dû pousser plus loin nos observations, et je vais, avant tout autre examen ou discussion, exposer les résultats d'un second travail qui m'est commun, comme le premier, avec M. Admirauld. Ce petit mémoire, terminé en 1831, était resté dans mes papiers, et y serait probablement encore aujourd'hui, si la lecture de l'article *Goût* du *Dictionnaire de Médecine* n'était venu stimuler mon zèle en me signalant des travaux récents d'un haut intérêt sur cette matière, et en faisant ressortir tout ce qu'il y avait encore de douteux et d'incomplet dans la question. Je crus avoir alors quelques éléments capables d'éclairer encore cette partie de la physiologie, et je ne regrette pas d'avoir attendu quatre années avant de les faire connaître, puisque plusieurs travaux publiés depuis ce temps, loin de les rendre inutiles, paraissent au contraire devoir leur donner une plus large base, et rendre leur publication indispensable.

Nous avions déterminé le siége du goût et fixé les limites dans lesquelles il s'exerce : il nous restait encore à examiner si les surfaces gustatives percevaient les saveurs avec la même énergie dans toute leur étendue, si elles percevaient indifféremment toutes les saveurs, enfin si un corps sapide donnait dans toute l'étendue de l'exercice du goût une saveur identique. Ces trois questions devaient être résolues avant toute recherche anatomique et physiologique sur la disposition et les fonctions des nerfs.

—Les surfaces gustatives perçoivent-elles les saveurs avec la même énergie dans toute leur étendue ?

Pour reconnaître que la sapidité des corps ne fait pas une impression égale à la partie antérieure et à la partie postérieure de la langue, il suffirait de prendre et de garder un instant à la partie antérieure de la bouche une cuillerée d'eau sucrée concentrée et de la faire passer ensuite à la partie postérieure en l'avalant lentement : la saveur est bien plus prononcée en dernier lieu, et la différence est telle qu'il n'est personne qui ne l'ait depuis longtemps observée. Mais on peut analyser ce fait avec plus de précision en diminuant la quantité de sucre jusqu'à ce que la partie antérieure de la bouche ne perçoive plus la saveur sucrée : on reconnaîtra alors en avalant cette faible solution que l'arrière bouche y trouve encore cette même saveur et à un degré très-prononcé. On peut essayer ainsi un mélange d'eau et de vin, une solution quelconque, pourvu que sa saveur soit identique et qu'elle puisse être graduée dans son intensité. Pour établir le rapport de sensibilité entre la pointe de la langue et ses bords, entre ceux-ci et le voile du palais, il faut toucher ces surfaces avec une très-petite éponge imbibée d'eau sucrée, acidulée ou imprégnée d'une solution franchement amère ; on reconnaît alors que la sensibilité gustative va en augmentant sur les bords de la langue depuis les piliers du voile du palais où elle est nulle jusqu'à la pointe de la langue où elle est au maximum; on reconnaît aussi que toutes les substances distinguées par contact au milieu des bords de la langue sont reconnues par le point sensible du voile du palais. Ainsi nous assignons à ces diverses parties le rang suivant, fondé sur leur degré de finesse et d'aptitude à percevoir les saveurs : 1° la base ou partie postérieure de la langue ; 2° sa pointe; 3° ses bords ; 4° le voile du palais.

— Les surfaces gustatives perçoivent-elles indifféremment toutes les saveurs ?

Nous avons trouvé certains corps sapides, et de ce nombre sont le lait, le beurre, l'huile, le pain, les viandes et une grande quantité de substances surtout alimentaires, qui ne font éprouver à la partie antérieure de la bouche qu'une impression de tact, et ce n'est qu'en arrière que leur saveur caractéristique se manifeste. (Cette particularité et celle qu'on remarquera plus tard expliquent la nécessité de la déglutition pour satisfaire complètement le sens du goût.)

On pourrait penser que le défaut d'action de ces corps sapides aux parties antérieures de la bouche tient à leur peu de sapidité ou au peu de finesse dans ces parties du sens : la solution de troisième question prouvera qu'il n'en est pas toujours ainsi.

—Un corps sapide donne-t-il dans toute l'étendue de l'exercice du goût une saveur identique ?

Nous commençons par répondre négativement, et nous appelons de toutes nos forces l'attention des physiologistes sur ce point ; nous l'avons étudié nous-mêmes avec le plus grand soin.

Un très-grand nombre de corps et particulièrement les sels présentent ce fait très-remarquable que la sensation produite par eux aux parties antérieures de la langue est entièrement différente de celle qu'ils donnent à la partie postérieure ; ainsi :

(1) Consultez l'article *Goût* du *Dictionnaire de Médecine ou Répertoire général des sciences médicales*, sous les rapports théorique et pratique, article auquel ce mémoire peut servir de complément.

L'acétate de potasse solide, d'une acidité brûlante à la partie antérieure de la bouche, est amer, fade et nauséeux à la partie postérieure, où il n'est plus du tout acide ni piquant.

L'hydrochlorate de potasse, simplement frais et salé en avant, devient douceâtre en arrière.

Le nitrate de potasse, frais et piquant en avant, est en arrière légèrement amer et fade.

L'alun, très-peu sapide quand il est solide, est frais, acide et surtout styptique lorsqu'il est broyé en avant de la bouche, tandis qu'il donne en arrière une saveur douceâtre sans la moindre acidité.

Le sulfate de soude est franchement salé en avant et franchement en arrière. Le sous-carbonate de soude laisse des impressions moins vives, mais la même différence se manifeste.

Le sulfate de magnésie, légèrement acide et salé en avant, devient d'une amertume très-intense en arrière.

L'oxalate et l'hydrochlorate d'ammoniaque ne présentent leur saveur alcaline qu'à la base de la langue, indépendamment de l'odeur urineuse dont la cause a été signalée par M. Chevreuil.

Le sulfate de zinc présente le phénomène des deux saveurs de la manière la plus tranchée : il est impossible de trouver la moindre analogie entre l'impression fraîche et piquante qu'il fait à la pointe de la langue et la saveur douceâtre, fade, métallique, qu'il produit à sa base.

L'acétate de plomb, frais, piquant, styptique en avant, est exclusivement sucré en arrière; tous les sels solubles de plomb donnent lieu à un effet analogue.

Pour bien reconnaître ces différentes impressions, il faut prendre la substance, si elle est solide, entre les incisives, fermer la bouche, approcher la pointe de la langue, broyer avec les dents et agiter avec la pointe de la langue en se baissant de façon que la partie antérieure de la bouche soit la plus déclive ; il faut avoir bien soin pendant qu'on cherche à se rendre compte de l'impression de ne point avaler sa salive ou seulement de ne point la laisser remonter jusqu'à la base de la langue. Lorsqu'on a bien senti cette première saveur on peut inonder la base de la langue en avalant tout à coup la dissolution : on aperçoit alors une toute autre saveur, et le fait est tellement évident qu'on pourrait affirmer qu'il n'y a pas d'erreur possible. Mais comme la saveur première peut persister encore à la pointe à l'instant où on observe la seconde saveur sur la base, l'attention pourrait être distraite et l'effet paraître complexe ; il vaut donc mieux, et nous avons procédé de cette façon pour chacune des substances que nous indiquons, il vaut mieux, disons-nous, pour percevoir la seconde saveur, engager l'extrémité antérieure de la langue dans le fond d'une appendice cœcale préparée : de cette façon la saveur sucrée des sels de plomb, la saveur métallique du sulfate de zinc, amère du sulfate de magnésie, fade et douceâtre de l'alun, etc., existent seules et bien distinctes; il faut se rincer la bouche avec de l'eau pure et fraîche à chaque épreuve.

Les alcalis, l'eau de chaux et l'ammoniaque n'ont qu'une saveur; pour la première c'est une amertume franche mais peu intense ; pour le second c'est une saveur douceâtre et nauséeuse.

Les acides tartrique, hydrochlorique, nitrique, n'ont aussi qu'une seule saveur à la base et à la pointe de la langue.

Nous avons reconnu, en expérimentant sur une foule de substances acides, alcalines, neutres, végétales et animales, que les acides ou saveurs acides sont en général mieux appréciées par la pointe et par les bords de la langue, et que les substances ou saveurs basiques sont mieux reconnues par la base de cet organe; que le plus grand nombre des corps sans acidité et sans alcalinité donnent une saveur unique; que presque tous les sels font sentir leur saveur acide, piquante, styptique, à la pointe, et leur saveur amère, métallique, basique à la partie postérieure de la langue; mais il existe un grand nombre d'exceptions : ainsi l'hydrochlorate de soude a une saveur unique, l'émétique est presque insipide en avant et métallique en arrière, etc. En sorte que ces généralités ne doivent être adoptées que comme un point de vue; néanmoins il paraît assez évident que la langue est douée de ces deux grands principes qui composent et détruisent l'affinité chimique; ou du moins qu'elle a ses deux extrémités constituées de façon à répondre à l'état positif et à l'état des éléments qui composent la plupart des sels. Cette idée mériterait d'autant plus d'être approfondie que le galvanomètre indique en effet un courant électrique qui part de la base, agissant comme pôle électro-positif, et arrive à la pointe qui est électro-négative par rapport à la base : cette relation, que j'ai vérifiée plusieurs fois au galvanomètre de Schweiger, répond précisément aux propriétés gustatives qui paraissent plus particulières à chacune d'elles; mais il se peut que ce courant soit déterminé par une simple différence de température, et je n'insiste point sur ces considérations superficielles.

Nous avons trouvé des corps complètement insipides, mais faciles à reconnaître par des propriétés qui n'agissent pas sur les organes du goût : ainsi le benjoin ne peut être reconnu que par une odeur propre qui se développe pendant la mastication : si l'on n'y apportait une grande attention et si l'on n'avait pas soin de se pincer le nez en le mâchant, on serait certainement tenté de lui attribuer une saveur, il en manque absolument. La plupart des résines sèches présentent le même fait, cependant beaucoup ont une saveur amère mais qui n'a rien de caractéristique. L'odeur, comme l'a depuis longtemps démontré M. Chevreul, et d'autres circonstances qui tiennent à l'action et à l'état actuel de la salive (*voy.* Chevreul, Vernière, Wing), s'ajoutant aux saveurs ou les modifiant, ont fait croire à l'existence de nuances infinies dans la sapidité des corps, mais en réalité ces nuances sont peu nombreuses et c'est souvent à une circonstance étrangère au sens du goût que la substance la plus rapide doit d'être reconnue ; ainsi l'opium semble à tous ceux qui en ont goûté doué d'une saveur *sui generis*, comme on dit : eh bien! il est d'une amertume franche, et sans son odeur on ne pourrait le distinguer de l'extrait d'aloës, du gentianin, du sulfate de quinine, etc.

L'alcool affaibli à 9 ou 10 degrés de l'aréomètre ne laisse aucune impression caractéristique quand on tient les narines bien fermées pendant sa déglutition : il est immédiatement reconnu en laissant libre l'ouverture des fosses nasales.

Nous avons remarqué que certains corps étaient particulièrement propres à faire reconnaître le point sensible du voile du palais, ce sont les substances sucrées,

l'aloës et les amers sans odeur; l'acétate de potasse et l'acide oxalique.

Nous ferons observer, pour terminer ce qui a rapport à l'action des corps sapides sur les surfaces des destinées à percevoir leurs impressions, qu'il importe beaucoup, pour bien sentir la qualité et l'intensité de la saveur, 1° de laisser sur l'organe une certaine quantité de salive, 2° de presser le corps sapide contre le point sur lequel on veut expérimenter.

De ces faits nous avions tiré quelques conséquences : la première, c'est que le goût est un sens chimique et non un sens physique; qu'il s'adresse à la nature des corps et non à leur densité, et non à leur température, et non à leur consistance : sous ce rapport il diffère essentiellement du toucher et même du tact, qui sont exclusivement destinés à reconnaître les propriétés physiques des corps. Il est aidé par le tact, comme l'ont constaté M. Chevreul et M. Vernières, comme il l'est par l'odorat; mais il diffère du tact comme il diffère de l'odorat, et plus encore, peut-être, puisque l'odorat paraît comme le goût, s'adresser à l'état moléculaire plutôt qu'à l'état physique des corps.

On discute beaucoup pour savoir si le goût est un toucher un ou un tact perfectionné : la question ne peut pas être ainsi posée, car il est bien certain que le goût n'est ni le toucher ni le tact. Mais si l'on demande : le goût et les autres sens dérivent-ils d'une même propriété généralement répandue dans l'économie, le tact, ou mieux la sensibilité? La réponse pourra être positive ou négative. Si elle est positive, alors le tact, le toucher, le goût, l'odorat, l'ouïe et la vue, seront des variétés ou des perfectionnements, comme on voudra, d'une seule et même faculté : seulement l'un sentira les surfaces et la température, le toucher; un autre les molécules, l'odorat; un autre l'état chimique des molécules, le goût; un autre, les corps en vibration ou la vibration des corps, l'ouïe; un autre enfin, une cinquième manière d'être des molécules ou des corps, la vue. Il résulterait encore de cette façon de penser, qui me paraît éminemment philosophique, une autre conséquence beaucoup plus vaste, c'est l'identité de principe entre la lumière, la chaleur, le son, l'odeur, la saveur, la consistance; car si le sens est une modification, la propriété sentie ne doit être également qu'un mode. La seconde conséquence, aussi évidente que la première, c'est que le sens du goût n'est point un : c'est-à-dire qu'il a des étalons différens, des mesures différentes pour les saveurs en ses divers points, non-seulement par l'intensité des saveurs mais encore pour l'espèce de corps sapides.

Enfin notre dernière conclusion était que le goût ne pouvait s'exercer par un seul et même nerf; nos résultats en supposaient au moins deux. Tous les anatomistes savent qu'il n'existe pas de nerf qui se distribue à la fois à la base, à la pointe de la langue et au voile du palais, et quand bien même il y en aurait un disposé de la sorte, il faudrait bien reconnaître qu'il en existe un différent pour sentir aussi les saveurs, à moins qu'on ne pense qu'un même nerf peut percevoir d'un même corps une saveur acide en un point et une saveur amère en un autre. Pour fixer anatomiquement nos idées sur ce point nous avons disséqué avec soin et sur plusieurs sujets les nerfs hypoglosses, glosso-pharyngiens, linguaux et palatins; nous avons trouvé ce qui était fort bien décrit avant nous à quelques légers détails près.

Le nerf glosso-pharyngien répand de nombreux filets entre le muscle lingual et la membrane muqueuse de la partie postérieure et profonde de la langue. En isolant les dernières ramifications de ces filets et en soulevant la muqueuse en même temps qu'on observe avec une forte loupe, on voit ces filets entraînés par la membrane, dans laquelle ils pénètrent évidemment, s'alonger par un déplissement très-sensible. Nous n'avons pu suivre de ramification du glosso-pharyngien au-delà du tiers postérieur de la langue : et dans cette partie superficielle, qu'ils occupent en grand nombre, nous n'avons pu suivre aucune autre ramification nerveuse ni trouver aucune anastomose. Il en est tout autrement dans les piliers du voile du palais et sur les amygdales où les filets du nerf qui nous occupe s'anastomosent très-fréquemment entre eux et les rameaux du nerf facial; il paraît certain que ces deux dispositions différentes ne peuvent remplir des fonctions analogues : les anses nerveuses sans fin appréciable doivent-elles recevoir des impressions ou conduire des influences? la conduction n'est-elle pas plutôt leur rôle, et la perception n'appartient-elle pas plutôt aux terminaisons ramiformes? On suit plusieurs filets du glosso-pharyngien sur la glotte et sur l'épiglotte; avant d'arriver à ses dernières divisions le glosso-pharyngien a échangé des communications avec le pneumo-gastrique, puis avec le rameau pharyngien de ce même nerf, avec les ganglions cervicaux et les muscles du pharynx : en sorte qu'il nous a paru arriver à la base de la langue avec toutes les conditions nécessaires à l'exercice et à l'harmonisation de la fonction qu'il doit y remplir. Ainsi la perception des saveurs a lieu dans ce point au moment de la déglutition, dans une région où elle cesse en grande partie d'être sous l'influence de la volonté : c'est la sensation de saveur qui, réagissant sur le glosso-pharyngien, détermine probablement, instinctivement par d'autres rameaux du même nerf, l'acte de déglutition ou de régurgitation : les amygdales doivent donner leur suc au même instant, le glosso-staphylin doit agir, la glotte et l'épiglotte doivent se fermer, la respiration se suspendre et tout cela sous l'impression de tact et de saveur. Eh bien! par ses communications et ses terminaisons, le glosso-pharyngien peut s'adresser à tous les organes nécessaires et influencer simultanément leur action. Nous n'avons pu suivre aucun filet du glosso-pharyngien dans le voile du palais; il en envoie un dans le glosso-staphylin, qui peut néanmoins s'étendre jusqu'à cette membrane, mais nous n'avons pu l'y observer.

D'après ces observations anatomiques, nous avons conclu que le nerf glosso-pharyngien était celui qui présidait à la perception des saveurs, à la base de la langue et peut-être au voile du palais; qu'il était le seul qui pût les percevoir en cette partie postérieure de la bouche; et enfin qu'il ne pouvait les percevoir ni sur les bords ni à la pointe de la langue.

Le nerf lingual arrive sur les côtés et à la pointe de la langue après avoir établi des relations aussi multipliées et aussi indispensables à l'exercice du goût que le glosso-pharyngien : ainsi la première communication après celle du nerf dentaire est avec le ganglion sphéno-palatin par la corde du tympan; puis il envoie un filet aux constricteurs, puis aux amygdales, un véritable plexus à la glande sous-maxillaire, un grand nombre de filets à la glande sublinguale, à la membrane muqueuse des gencives et des joues, autour du conduit de sténon; il s'anatomose avec plusieurs ramifications longues et

grêles de l'hypoglosse ; enfin les rameaux principaux passent entre les muscles de la langue et viennent se ramifier sur ses bords, tandis que ses rameaux terminaux vont à la pointe et s'y répandent en un grand nombre de divisions qui pénètrent jusqu'à la surface de la muqueuse. Ici, comme pour le glosso-pharyngien, on peut reconnaître la différence entre les terminaisons des filets aux surfaces sensitives et leur disposition anastomotique et plexoïde sur les glandes et dans les muqueuses des joues et des gencives. Quoi qu'il en soit, le nerf lingual recevant les impressions sapides à la pointe de la langue et sur ses bords, peut réagir sur les glandes sublinguales, maxillaires et parotides, provoquer les contractions de la langue et les expuitions par l'hypoglosse, exciter les régurgitations par la corde du tympan, son rameau pharyngien, etc., etc. ; en un mot, harmoniser et compléter la fonction ou la portion de fonction qui lui est dévolue, et à laquelle il paraît en effet destiné.

Si l'on compare les communications et les accessoires dont s'entoure le nerf hypoglosse avec les dispositions du lingual et du glosso-pharyngien, on n'y retrouve rien qui puisse présenter la moindre analogie : une de ses branches va se perdre dans les muscles du cou, l'autre se termine dans les muscles de la langue par tous ses filets, excepté quelques-uns qui s'anastomosent avec le lingual. Nous avons repoussé comme absurde toute idée qui pût attribuer au nerf hypoglosse la perception des saveurs.

Quant aux branches palatines du ganglion de Meckel, les seules qu'on puisse suivre dans le voile du palais, perçoivent-elles les saveurs directement, les sentent-elles par leurs anastomoses avec le glosso-pharyngien ou bien par leur communication avec le lingual, par la corde du tympan? Nous n'avons pu résoudre préventivement cette question, comme nous nous sommes cru fondés à résoudre les questions relatives aux impressions perçues par la base et par la pointe de la langue.

Ces faits, tant anatomiques qu'expérimentaux, vont maintenant nous être d'une grande utilité pour discuter les résultats d'expériences directes faites dans ces derniers temps sur les animaux et sur l'homme.

L'auteur de l'article *Goût*, du *Répertoire des sciences médicales*, après avoir exposé dans une analyse rapide, mais complète et précise, l'ensemble des travaux originaux publiés sur le sens du goût, propose cette question : Le goût a-t-il, comme la vue, l'ouïe et l'odorat des nerfs spéciaux? Il élève des doutes sur la possibilité de la résoudre dans l'état actuel de nos connaissances ; et tout en exposant les résultats obtenus par le professeur Panizza, il s'abstient d'y ajouter une foi entière ; en cela comme dans tout le cours de son article, soit qu'il apprécie, soit qu'il interroge, soit qu'il analyse, il montre une sagacité qui devance les faits, et provoque la vérité en refusant son adhésion à des expériences qui pourraient paraître décisives, et en évoquant l'inconnu qu'il désigne nettement aux expérimentateurs. Je pourrais établir la discussion sur les seuls exposés de cet excellent article; mais j'ai cru devoir faire plus en examinant de nouveau les Mémoires dont il donne l'analyse, et en y ajoutant un mémoire plus récent encore de M. le Dr Alcock.

Je commencerai d'abord par reconnaître combien est vraie et judicieuse la distinction établie par M. Chevreul (1) entre les effets combinés du tact, de l'odorat et du goût : je dirai que M. Vernières (2) a donné d'excellents Mémoires sur le siége du goût et sur l'analyse de la perception des saveurs ; tout récemment les expériences du docteur Wing (3) sont venues sanctionner le fait que nous avons signalé, que peu de saveurs étaient caractéristiques, et que leur différence venait d'une odeur ou d'une impression tactile différente : ses expériences sont certainement exactes. Je ferai remarquer que jusqu'ici les résultats les plus positifs ont été obtenus par l'étude du sens de l'homme, et que les effets observés sur les animaux n'offrent qu' incertitude et contradiction : c'est ce que l'examen des travaux du professeur Panizza (4) et du mémoire du Dr Alcock (5) va démontrer.

Le professeur Panizza dit qu'après avoir coupé le nerf hypoglosse d'un chien, de l'un et l'autre côtés, l'animal ne peut plus faire exécuter à sa langue aucun mouvement, malgré les efforts répétés qu'il fait pour lapper ou lécher ; il dit qu'avant la section de ces nerfs et pendant qu'ils sont soulevés sur un stylet, on les tiraille, on les pique, sans faire ressentir la moindre douleur, tandis que les mêmes actes provoquent les mouvements convulsifs de la langue ; que non-seulement les mouvements de la langue sont anéantis par la section des nerfs hypoglosses, mais encore ceux de la déglutition. Si la langue tombe entre les mâchoires et que le chien vienne à mordre, il crie : si un morceau de pain ou de viande est mis sur la langue, il cherche à s'en débarrasser : l'animal a donc conservé la sensibilité de l'organe; d'un autre côté, les cris et les mouvements exécutés sous l'impression des piqûres, coupures, etc., indiquaient plus évidemment encore le même fait. Une solution de coloquinte étant mise sur la face dorsale de la langue, l'animal donnait des signes non équivoques de dégoût : la faculté gustative était donc conservée.

Je n'ai rien à opposer à cette série d'observations ; je crois même qu'elles sont vraies dans leurs résultats : seulement, bien qu'il soit probable que la faculté de goûter persiste dans toutes les parties où elle s'exerce après la section des nerfs hypoglosses, il n'en est pas moins vrai que M. Panizza n'a rien fait pour le constater : le chien percevait la saveur, mais était-ce à la base, était-ce à la pointe de la langue, était-ce partout? Il n'a rien fait pour s'en assurer; il a mis son corps sapide sur la face dorsale de la langue qui ne goûte pas, c'est donc la salive imprégnée qui a porté la saveur en un des points ou dans tous les points du goût.

Après la section des branches linguales de la cinquième paire, les mouvements de la langue persistent, car l'animal se lèche après l'opération ; il boit et mange très-bien ; mais il a perdu la sensibilité tactile au point de supporter sans donner signe de douleur les plus graves lésions de la langue. Si l'on ajoute au laitage, au pain ou à la viande qu'on lui donne un peu de coloquinte ou de quassia, à peine en a-t-il lappé un peu, ou à peine en a-t-il pris une bouchée, qu'il les rejette avec dégoût. Mais, dit toujours l'auteur cité, il pourrait se

(1) *Analyse des corps organiques*, et *Journal de physiologie* de Magendie, t. IV, p. 127.

(2) *Journal des Progrès*, t. III et IV.

(3) *Archives gén. de Méd.*, 2e série, t. XII, p. 3 et 4.

(4) *Ricerche sperimentali sopra i nervi*. Pavie, 1834; in-8°.

(5) *The Dublin Journal*, 1836, N° 29.

faire que la saveur fût perçue par d'autres parties que la langue, et pour s'assurer que la langue a bien conservé la faculté de goûter, il faut tenir la bouche ouverte et et promener sur la face dorsale de la langue un pinceau à peine imbibé de coloquinte : à peine, répète-t-il, parce que le fluide ne doit pas s'étendre au delà du point touché ; et en effet on voit alors chez l'animal les mêmes marques de dégoût : donc l'excision des nerfs linguaux laisse intacte la faculté gustative de la langue.

Ces expériences ne donnent par rapport au goût aucun résultat concluant : car M. Panizza n'indique en aucune façon les points de la langue où il appliquait son pinceau. La faculté gustative pouvait être entièrement abolie à la pointe et sur les côtés de l'organe, et conserver toute son intensité à la base ; tous les faits qu'il indique se seraient manifestés très-bien avec la perte totale du sens à la partie antérieure de la langue. Mais outre que le savant et minutieux professeur n'entre dans aucune explication sur les lieux où il cherchait à faire goûter la substance amère, il paraît encore ignorer complétement les parties de la langue qui sont susceptibles de percevoir les saveurs, car il ne parle que de sa face dorsale, qui en aucune circonstance ne peut les sentir. Il ignore aussi la part différente presque opposée que la base et la pointe de cet organe prennent à l'appréciation des corps sapides ; mais il ne peut avoir oublié que nulle trace du glosso-pharyngien ne peut être apperçue à la pointe de la langue.

Plus loin le professeur ajoute que le dégoût se manifeste en quelque point de la langue qu'on applique la substance amère, mais qu'il est bien plus prononcé et plus durable lorsqu'on le met sur la base. Ceci est déjà un correctif ; mais le fait n'en est pas moins erroné, car si la langue était imprégnée d'amertume sur la face dorsale, l'animal n'en aurait aucune connaissance, quand même il n'aurait subi aucune mutilation ; il faudrait, pour qu'il le sentît, que la salive apportât la saveur sur les bords, ou à la pointe ou à la base ; donc l'expérience a été faite sans précision et sans se garantir de l'expansion des fluides, comme M. Panizza le prétend.

L'effet qui suit la résection des deux nerfs glosso-pharyngiens, dit plus loin M. Panizza, est la perte totale du goût et la persistance parfaite du mouvement et du tact. Je m'en suis assuré par les moyens déjà signalés, et qu'il est inutile de répéter ; qu'il suffise de savoir que l'animal, après l'opération, mangeait et buvait aussi bien les choses les plus nuisibles et les plus mauvaises que les meilleures et les plus favorables. Je ferai d'abord observer que l'auteur termine un peu cavalièrement la partie la plus délicate et la plus importante de ses expériences ; je dirai ensuite que le chien étant un animal connu pour son avidité et pour son peu de délicatesse, peut fort bien, étant alléché par l'odorat qui lui révèle de bon lait et de bonne viande, sans lui faire pressentir la coloquinte, avaler un aliment qu'il ne sent point être mauvais sur la base de sa langue où le goût n'existe plus, quand bien même la pointe et les bords de cet organe lui auraient signalé, par un contact ordinairement peu prolongé dans la manière d'avaler familière aux chiens, une saveur équivoque et même assez mauvaise. Enfin l'expérimentateur ajoute que, avant de couper le nerf, si on le pique ou si on le pince, l'animal ne donne aucun signe de douleur et que la langue ne se meut point, il en est de même lorsqu'on exécute la section.

Tous les résultats énoncés par M. Panizza sont tranchés et absolus : les expériences faites sur le siége du goût et les saveurs par M. Vernière et par M. Admirauld et moi, suffiraient pour en démontrer la fausseté. D'ailleurs l'auteur lui-même paraît supposer que d'autres organes que la langue peuvent percevoir les saveurs, et c'est seulement sur la langue qu'il cherche toutes les preuves ; il ne donne aucune dissection du nerf glosso-pharyngien qui justifie la perception des saveurs à la pointe de la langue et au voile du palais ; il admet *à priori* ce nerf partout, ou bien il refuse à certaines parties la faculté de goûter, faculté qu'elles ont incontestablement. Mais nous trouvons dans le mémoire et les expériences du docteur Alcock, sinon la démonstration de vérités tout à fait contraires aux axiomes du professeur italien, au moins les preuves irrécusables de leur peu de solidité, et la confirmation des présomptions que donnent les expériences directes sur nos sens et les dissections sur l'homme, en ce qui concerne les nerfs qui peuvent présider à la perception des saveurs. Déjà la perte partielle de la faculté de percevoir les saveurs après la section des branches linguales, et la perte complète de cette faculté par la section de la cinquième paire, signalée par M. Magendie, contredisent les faits énoncés par M. Panizza.

Le docteur Alcock observant que les expériences du professeur Panizza donnaient des résultats peu en rapport, selon lui, avec les faits reconnus jusqu'à ce jour ; voyant d'ailleurs que M. Brougton, personnage important dans la science, leur donnait son adhésion, il entreprit de les répéter. Après avoir coupé les deux nerfs linguaux sur plusieurs chiens, il observa la perte du tact et la persistance du goût ; mais le goût ne persistait que dans la partie postérieure de la langue, car si l'on enduisait de coloquinte la partie antérieure en tenant ouverte la bouche du chien, l'animal ne donnait aucun signe de dégoût : il donnait très-énergiquement ces signes lorsqu'on lui fermait la bouche.

Sur plusieurs chiens, les nerfs glosso-pharyngiens se sont toujours montrés sensibles aux piqûres, aux coupures et aux tiraillements, et constamment ils ont fait éprouver des douleurs très-vives ainsi que des mouvements convulsifs de régurgitation, d'abaissement et d'incurvation de la langue ; à tel point que M. Alcock prétend que M. Panizza pourrait bien n'avoir pas opéré sur les glosso-pharyngiens ; prétention exagérée, puisque M. Panizza avait oblitéré le goût par la section des nerfs dont il parle. Outre ces faits contradictoires que M. Alcock donne et appuie des détails les plus précis, il affirme encore que le goût ne parut pas beaucoup affecté par la section des glosso-pharyngiens, car l'animal fit des efforts pour vomir sous l'impression de la coloquinte ; néanmoins il manifestait moins de dégoût qu'auparavant.

Le même auteur conclut que, si les glosso-pharyngiens concourent à la perception des saveurs, ils n'en sont certainement pas les nerfs spéciaux et exclusifs.

M. Alcock a extrait le ganglion sphéno-palatin, opération difficile à croire, et n'a point remarqué que le goût en fut altéré ; de même quand on coupe les branches palatines de la cinquième paire seule, le goût paraît rester intact ; mais quand on coupe en même temps ces branches et les nerfs linguaux, le goût est profondément altéré. Il ne l'est pas au même degré et même pas du tout, quand on coupe les branches linguales seules ; ce dernier résultat contredit le premier effet

signalé par le même auteur après la section des nerfs linguaux.

En résumé, ses dernières conclusions sont les suivantes :

1° Le goût est un sens spécial. 2° Il a deux moyens de perception. 3° Ces moyens sont les glosso-pharyngiens et les branches linguales et palatines de la cinquième paire. 4° Les glosso-pharyngiens ne sont pas des nerfs spéciaux. 5° Ces derniers nerfs sont en même temps sensitifs, sensibles et moteurs. 6° Les ganglions sphéno-palatins et la corde du tympan n'ont d'influence ni sur la perception ni sur l'existence du goût.

Le mémoire du docteur Alcock est riche de faits et de raisonnements, mais les uns et les autres laissent à désirer ; ils sont souvent embarrassés et contradictoires, et ne suffisent point pour trancher la difficulté. Sans doute la solution de la question devient plus facile, et le rôle du dernier expérimentateur se bornera à une vérification ; mais cette vérification est indispensable pour fixer définitivement les idées. Nous nous proposons, M. Cazalis et moi, d'accomplir cette tâche et de publier prochainement un travail complet sur le goût et les saveurs.

BULLETIN GÉNÉRAL

DE THÉRAPEUTIQUE

MÉDICALE ET CHIRURGICALE.

JANVIER 1837.

N° 1. — 15 JANVIER.

Nouveaux faits tendant à prouver l'action antiphlogistique des frictions mercurielles.

L'emploi des préparations mercurielles, jadis exclusivement borné à la syphilis, et appliqué, depuis un demi-siècle environ au traitement de quelques phlegmasies, a pris dans ces derniers temps une plus grande extension. Ce n'est plus seulement aux inflammations des membranes séreuses qu'on oppose le mercure, mais on combat par le même moyen les phlegmasies des organes parenchymateux, de la peau, du tissu cellulaire sous-cutané, des tissus fibreux et du système vasculaire. Pour appeler plus particulièrement l'attention des médecins et des élèves sur cette puissante médication, la faculté de médecine a proposé cette année, pour sujet du prix Corvisart, la question suivante : Déterminer par des faits quelle est l'influence des préparations mercurielles dans le traitement des phlegmasies? Les professeurs de clinique et les médecins des hôpitaux, soit pour favoriser les recherches des concurrents, soit pour apporter un prompt soulagement aux malades confiés à leurs soins, multiplient les expériences avec le mercure. C'est ainsi que M. Chomel l'emploie en ce moment dans la méningite, la métrite, la péritonite; M. Lisfranc, dans l'érysipèle et le phlegmon; M. Velpeau, dans la phlébite et dans plusieurs autres affections. Les médecins de province ne restent pas étrangers à ce mouvement. On connaît les belles recherches de M. Serre d'Alais sur ce point de thérapeutique. M. Dubreuilh, de Bordeaux, vient de consigner aussi dans un recueil périodique un intéressant mémoire sur l'emploi des frictions mercurielles dans l'orchite. Nous allons présenter un résumé de cet ensemble de faits.

A. Maladie de l'encéphale. C'est à Percival, médecin anglais, que nous devons les premiers essais sur l'emploi du mercure dans le traitement des maladies de l'encéphale. Il regardait ce médicament comme un spécifique; il l'administrait intérieurement à l'état de proto-chlorure, et extérieurement sous forme d'onguent; il le vantait particulièrement dans l'hydrocéphale aiguë. Tous les médecins, soit en France, soit en Angleterre, qui se sont occupés plus tard des inflammations des méninges, ont insisté sur l'efficacité du mercure. Delpech, qui a publié un important travail sur l'administration du mercure à haute dose, et qui regardait *la mercurialisation comme le moyen le plus efficace d'abaisser l'intensité de la vie,* en a retiré de grands avantages dans des cas désespérés d'encéphalite. L'hydrocéphale chronique, ordinairement si rebelle, a cédé aussi quelquefois à l'usage des mercuriaux. Nous nous contenterons d'appeler l'attention sur un malade atteint de méningite, actuellement couché dans les salles de la clinique à l'Hôtel-Dieu. Cet homme, âgé de 25 ans, fut transporté à l'hôpital, entièrement privé de connaissance, dans la soirée du 12 décembre. Tout ce qu'on put apprendre sur son état antécédent, c'est qu'il était souffrant depuis quinze jours, qu'il était alité depuis trois et qu'il délirait depuis trente-six heures. A la visite du 13, nous constatons l'état suivant : hémiplégie droite; sensibilité de la peau également obtuse à droite et à gauche; coma, dilatation des pupilles, perte de la parole, ralentissement du pouls, respiration suspirieuse. On pratique une saignée du bras, on applique des ventouses scarifiées aux apophyses mastoïdes; on prescrit des frictions mercurielles sur la tête et le cou, et on administre deux onces d'huile de ricin. Le 14, les mêmes symptômes persistent, on pose vingt sangsues aux oreilles et aux tempes, on continue les frictions mercurielles et on applique un vésicatoire à la nuque. Peu de temps après la visite, le malade a recouvré l'usage de la parole; dans la soirée, les mouvements du bras droit sont revenus. Le 15, le malade répond juste à la plupart des questions qu'on lui adresse, il reconnaît qu'il se trouve à l'hôpital, mais il ignore quand et comment on l'y a transporté. Il ne peut fournir encore aucun renseignement sur les circonstances qui ont accompagné l'invasion de sa maladie. Les jours suivants, l'amélioration a fait des progrès, et cet homme jouit aujourd'hui de l'intégrité de ses facultés intellectuelles et locomotrices. Le traitement a été employé avec une énergie que commandait la gravité des symptômes. Son action a été des plus promptes et des plus efficaces.

B. Maladie de la poitrine. La pleurésie est la seule affection thoracique contre laquelle on ait mis en usage les frictions mercurielles. Elles ont été recommandées dans ce cas par Rambach, Hamilton, Monro, en Angleterre, par M. Baudelocque et plusieurs autres, en France. M. Chomel se propose d'y recourir, pendant le cours de cette année, dans le traitement des inflammations de la plèvre et du poumon.

C. Maladie de l'abdomen. Il est peu de médecins qui n'aient eu occasion d'employer les frictions mercurielles contre la péritonite. Tout le monde connaît les belles recherches de Vandenzande, de Laënnec, de Delaroche, Velpeau, Desormeaux, Delpech, etc., sur ce point de thérapeutique. Dans les hôpitaux de Hollande, où cette pratique a pris naissance, dit Delpech, où elle est employée familièrement, mais bornée à combattre la péritonite puerpérale, on en confie l'emploi aux religieuses hospitalières et aux infirmières, que l'on autorise à pratiquer des frictions, sans l'avis du médecin, du moment où une douleur fixe annonce le danger de la péritonite ou le premier degré de la maladie. Pour citer des faits, nous n'éprouvons ici que l'embarras du choix. Toutefois, comme dans la plupart des cas consignés dans les annales de la science, le mercure a été précédé de l'emploi des émissions sanguines, ou a été employé concurremment avec elles, nous croyons devoir mentionner deux faits récemment observés, dans lesquels la cure a été opérée par les frictions mercurielles.

Le 14 décembre dernier, nous avons été appelé près d'une dame âgée de 32 ans, maigre, nerveuse, irritable, débilitée par une diarrhée qui persistait depuis deux mois, et s'était supprimée brusquement deux jours auparavant. Depuis vingt-quatre heures, cette dame éprouvait de vives douleurs dans l'abdomen et des frissons irréguliers. Depuis quelques heures, elle était tourmentée par de continuelles vomituritions. Nous la trouvâmes couchée sur le dos et complétement immobile dans son lit; le plus léger mouvement lui arrachait des cris, en exaspérant des douleurs de ventre qui ne pouvait supporter le contact du moindre vêtement. Les parois abdominales étaient soulevées par une grande quantité de gaz intestinaux; la face était très-altérée, le pouls filiforme et entièrement accéléré. Dans l'état de faiblesse où se trouvait la malade, nous n'osâmes pas ouvrir la veine, nous nous contentâmes de prescrire une application de quinze sangsues sur l'abdomen. A peine celles-ci se furent elles détachées, que la malade éprouva des défaillances réitérées; l'une d'elles se prolongea tellement que les parents vivement inquiets vinrent nous réveiller au milieu de la nuit. Les symptômes de la péritonite persistaient. Nous eûmes dès lors recours aux frictions avec l'onguent napolitain à la dose de deux gros matin et soir. Après la troisième friction, le soulagement fut des plus notables; et, au bout de cinq jours, l'abdomen avait repris sa souplesse. Il n'y eut pas de salivation. Nous secondâmes l'efficacité de ce moyen par l'emploi du bain, lorsque la diminution des douleurs permit de déplacer la malade. Nous prescrivîmes aussi, le seizième jour, quelques grains de calomel pour remédier à la constipation qui existait depuis le début.

Chez une autre dame affectée d'une ancienne tumeur de l'ovaire et atteinte d'une péritonite aiguë des plus intenses, M. Lisfranc, qui était chargé de diriger le traitement, a employé de prime abord les frictions mercurielles. Il n'a pas appliqué une seule sangsue sur le ventre; il s'est contenté de pratiquer deux ou trois petites saignées révulsives. La résolution s'est opérée avec la plus grande rapidité. Le pronostic était d'autant plus grave dans ce cas, que la cause sous l'influence de laquelle l'inflammation du péritoine semblait s'être produite persistait. On trouve dans le mémoire de M. Delpech un fait qui offre la plus grande ressemblance avec celui que nous venons de rapporter. Une hydropisie enkystée de l'un des ovaires avait précédé et accompagnait la péritonite. Le mercure triompha complétement de cette dernière, et opéra une notable diminution de la tumeur ovarique. Nous pourrions ajouter aux maladies de l'abdomen traitées par les frictions mercurielles les inflammations aiguës et chroniques de l'utérus, dont nous avons aussi observé quelques cas; mais nous passons à un quatrième ordre de faits.

D. Maladies externes. Nous commencerons par rappeler les belles expériences de M. Serre d'Alais, qui, dès 1826, employa les frictions mercurielles dans l'érysipèle, le phlegmon, la phlébite, et celles de M. Ricord dans l'inflammation de la peau. Nous mentionnerons aussi celle de M. Serres, membre de l'Institut, sur l'usage de l'emplâtre de *Vigo cum mercurio* dans la variole. Le mercure lui a paru jouir de la propriété de faire avorter les pustules, et de s'opposer à la formation des cicatrices qui défigurent les malades. MM. Sanson, Baudelocque, et Ferrier de Trompeloup, ont également employé l'onguent napolitain en frictions dans la conjonctivite palpébrale. M. Miquel dans le panaris, Dupuytren, dans les périostoses, MM. Recamier et Trousseau dans le rhumatisme articulaire, M. Velpeau dans l'engorgement séreux des articulations, dans les tumeurs blanches et dans la phlébite. Nous rapportons un cas de phlébite recueilli dans le service de ce chirurgien.

Une domestique, âgée de 24 ans, éprouvait de la dysménorrhée, des tiraillements et des coliques dans le bas-ventre, que l'on combattit par une saignée du bras. La veine médiane basilique fut ouverte. La malade n'ayant pas discontinué ses occupations, éprouva le lendemain de la saignée des douleurs au-dessus de la piqûre; le troisième jour, la douleur fut plus vive, et s'étendit à la partie inférieure du bras. Ces symptômes persistèrent les jours suivants, on leur opposa des bains émollients locaux et une application de vingt-cinq sangsues sur le trajet de la veine céphalique. Entrée à l'hôpital de la Charité le dixième jour, cette malade présente une tuméfaction considérable de tout le bras et des deux tiers supérieurs de l'avant-bras. On trouve au côté externe une espèce de rayon érysipélateux, dur, résistant, semblant renfermer un cordon cylindrique irrégulier dans son trajet : ce cordon se prolonge au côté radial de l'avant-bras, jusque près du poignet; léger engourdissement de la main; petite plaie dans le pli du bras avec décollement de l'épiderme et léger suintement purulent; pouls fréquent, langue blanchâtre, céphalalgie. (Compresses graduées, imbibées d'eau-de-vie camphrée; bandage compressif sur le bras et l'avant-bras.)

Le lendemain, on enlève le bandage compressif que la malade supporte difficilement, et on a recours aux frictions avec l'onguent mercuriel, qu'on pratique matin et soir. On les continue pendant six jours, au bout desquels il survient une stomatite mercurielle qui nécessite la diminution de la dose d'onguent napolitain et l'emploi du sulfate d'alumine. Pendant ce laps de temps la tension et le gonflement du membre diminuent. Il se forme néanmoins plusieurs petites plaies rouges sur le trajet de la veine, qui menacent de s'abcéder; on ouvre un petit foyer au pli du bras, d'où s'échappe un pus sanguinolent. Dix jours après son admission à l'hôpital, cette malade était convalescente de sa phlébite; elle éprouvait encore quelques symptômes de stomatite mercurielle qui ne l'empêchèrent pas de quitter l'hôpi-

tal. Dans ce cas, comme dans les précédents, on ne saurait méconnaître les heureux effets des frictions avec l'onguent mercuriel.

Nous terminerons par une observation empruntée au mémoire de M. Dubreuilh, de Bordeaux, sur l'emploi des onctions mercurielles dans l'orchite chronique.

M. S.... fut pris d'une blennorrhagie, dans le mois de novembre 1829. Il n'apercevait plus, après deux mois de traitement, qu'un suintement très-léger; il fit alors une partie de chasse. En franchissant un fossé, la culasse de son fusil vint frapper avec force le testicule gauche; il y ressentit une douleur très-vive, mais il n'en continua pas moins la campagne jusqu'au soir. Il rentra chez lui souffrant. Le lendemain matin, le testicule était déjà très-gonflé, dur et douloureux; le suintement avait disparu. Une application de vingt sangsues, des cataplasmes émollients, le coucher horizontal, calmèrent les accidents inflammatoires. Après trois semaines, le malade avait repris ses occupations. Mais le testicule ayant été de nouveau heurté par un corps dur, la douleur reparut avec le gonflement et la dureté, qui résistèrent aux applications réitérées de sangsues, aux cataplasmes, aux demi-bains froids et au repos. Le malade ressentait dans la tumeur un poids considérable; la surface en était inégale, et plusieurs veines la sillonnaient dans tous les sens.

M. S... était dans cet état depuis quelque temps; il s'était amaigri, son visage avait pris une teinte jaunâtre, lorsqu'on commença à faire usage des frictions mercurielles sur la tumeur qui fut recouverte d'un cataplasme de farine de graine de lin. La famille désira faire alors une consultation.

Contrairement à l'avis du docteur Dubreuilh, le médecin appelé pensa que le malade était atteint d'un sarcocèle, qu'il n'y avait rien à espérer de tous les moyens topiques, et qu'il n'y avait de chance de guérison que dans l'ablation du testicule. Cette opinion, dit M. Dubreuilh, bien qu'elle vînt d'un homme habitué à voir beaucoup de malades, ne m'ébranla point dans la croyance où j'étais, surtout eu égard aux antécédents que je n'avais pas négligé de lui faire connaître. Comme il n'y avait pas de péril à ajourner une opération, si elle devenait utile, je demandai à continuer les onctions mercurielles. Deux gros étaient étendus matin et soir sur la tumeur.

Après quinze jours de ce traitement, il y eut une diminution notable dans le volume et la dureté du testicule; les douleurs devinrent presque nulles. On continua encore plus de quinze jours le même médicament, et peu à peu cet organe revint à son état normal. Il n'y eut pas de salivation, malgré l'énorme quantité de mercure consommé.» Nous ajouterons que dans un cas analogue, nous avons nous-mêmes, à l'aide du même moyen, obtenu la résolution d'un engorgement testiculaire déjà ancien.

Voilà des faits dont la valeur ne saurait être contestée; nous laissons à d'autres le soin de les théoriser. Attentifs à tout ce qui se passe d'important dans les hôpitaux, sans acception de systèmes, ni de théorie, nous disons à nos confrères : Voilà consciencieusement ce que nous avons vu, répétez et jugez, vous dogmatiserez ensuite, si cela vous fait plaisir.

CONSTANT.

Sur l'utilité du rhinolyon, instrument inventé par M. le docteur Martin Saint-Ange, pour arrêter les hémorrhagies nasales; par M. MARTIN-SOLON, médecin de l'hôpital Beaujon.

Les hémorrhagies nasales sont si souvent favorables, et, quand elles deviennent un peu trop abondantes, cèdent si aisément aux aspersions froides ou à d'autres moyens aussi faciles à employer, qu'il est rare que l'on ait besoin d'avoir recours aux nombreux agents proposés pour les arrêter. Lorsqu'au contraire ces hémorrhagies sont inopportunes ou trop considérables, la glace, la saignée, les stiptiques et les révulsifs ne suffisent point toujours pour les faire cesser, et l'on est embarrassé dans le choix du moyen mécanique qu'il convient d'adopter pour cet usage. La compresse en doigt de gant que l'on bourre de charpie mollette, et que Desault a proposé, laisse sans compression plusieurs anfractuosités nasales, ne bouche pas complétement l'ouverture postérieure des narines et n'obtient pas le succès que l'on devait en attendre. Le procédé de tamponnement par la sonde de Bellocq est incommode pour les malades dans son application, et les fils du bourdonnet postérieur qui restent en contact avec le voile du palais, la langue, les parois buccales et les lèvres, deviennent insupportables après le pansement. Plusieurs médecins ont cherché à parer à ces différents inconvénients, et ils ont, pour y parvenir, proposé divers appareils. Le morceau d'intestin distendu par l'air et employé par M. Miquel, d'Amboise, est ingénieux. L'instrument de M. Martin Saint-Ange nous semble à la fois simple, commode et très-efficace. Nous avons eu l'occasion de l'employer dans le cas suivant.

Une femme de 70 ans, très-décrépite par l'âge et la misère, entra, au mois de juin 1836, dans mon service à l'hôpital Beaujon, atteinte d'une méningite des plus graves. Elle présentait un bruit de soufflet très-prononcé au premier bruit du cœur. Des émissions sanguines générales et locales, abondantes et répétées, puis le calomel et le jalap, triomphèrent des accidents cérébraux. Cette femme sortit guérie de l'affection encéphalique; mais la maladie du cœur ne tarda pas à faire des progrès, et la malade rentra dans mes salles le 16 août. L'énergie et l'étendue des battements du cœur, surtout à gauche, nous fit reconnaître une hypertrophie du ventricule à sang rouge; un bruit de râpe très-fort se faisant entendre au premier bruit du cœur, à gauche, au-dessous de la mamelle, et se prolongeant jusqu'au second bruit avec lequel il se confondait, nous fit penser que l'orifice auriculo-ventriculaire gauche était rétréci, la valvule mitrale indurée et probablement insuffisante. La gêne de la respiration qui accompagne les maladies du cœur obligeait la malade à se tenir assise dans son lit; le décubitus sur le côté droit était cependant possible; une toux sèche et fatigante tourmentait la malade, le thorax était sonore; le pouls était large et donnait quatre-vingts battements par minute. Les membres inférieurs étaient très-œdématiés; l'abdomen commençait à contenir un peu de sérosité; la malade avait de l'appétit. La pâleur de son visage, l'extrême émaciation des membres supérieurs et du thorax nous détournèrent d'employer la saignée. Nous prescrivîmes la digitale. La malade en prit inutilement d'un à trois grains chaque jour, jusqu'à la fin du mois; le cœur

n'éprouva point de modification, l'œdème et l'ascite firent des progrès.

L'huile d'épurge à la dose d'un gros, et l'huile de ricin à la dose d'une once, employées alternativement tous les deux ou trois jours, produisirent, surtout la première, des garderobes séreuses qui furent suivies, vers le 19 septembre, de la disparition de l'œdème et de l'ascite.

Le 20 septembre, les battements du cœur et le bruit de râpe anormal n'étaient point changés; le premier bruit couvrait toujours le second; la toux persistait; l'appétit continuait, les garderobes étaient consistantes. Nous essayâmes de nouveau la digitale, et la dose en fut élevée jusqu'à six grains, sans plus de succès : le cœur, le pouls et les reins n'en éprouvèrent aucune modification.

Le dix-huit octobre, une épistaxis gauche abondante survint, les aspersions froides, le tamponnement des narines antérieures ne purent l'arrêter. On eut recours à la saignée du bras. L'hémorrhagie cessa d'abord, mais elle reprit bientôt avec une nouvelle violence. Le sang de la saignée était séreux, celui de l'épistaxis avait le même caractère; la malade éprouvait des syncopes fréquentes; son visage était d'une pâleur cadavérique; son pouls perdait de sa force, les battements du cœur devenaient plus distincts. Cette dernière modification n'en rendait pas moins impérieuse la nécessité d'arrêter l'hémorrhagie. La gêne de la respiration rendait difficile l'usage des tampons et de la sonde de Bellocq : nous eûmes recours au *Rhinobyon* de M. Martin Saint-Ange, qu'un médecin anglais qui suivait notre visite eut l'obligeance de nous faire prêter par l'auteur.

Cet instrument, décrit dans la thèse de M. Lapeyroux, soutenue le 23 août 1836, n° 314, consiste en une canule d'argent droite, de cinq pouces de longueur et du volume d'une plume de corbeau. Elle présente deux extrémités : l'une n'a que le volume du corps de l'instrument, elle est un peu cannelée circulairement, et reçoit une petite vessie que l'on y fixe à l'aide d'une soie et qui est destinée, lorsqu'on la gonfle, à faire tampon à l'ouverture postérieure des fosses nasales; l'autre extrémité, légèrement évasée, est munie d'un petit robinet destiné à ouvrir ou fermer la cavité de la sonde, et à maintenir dans l'instrument l'air ou le liquide qu'on y introduit. Un petit curseur est placé entre ce robinet et le milieu de l'instrument. Ce petit curseur, formé d'une lame métallique, longue de six à huit lignes et large de trois ou quatre, est destiné à prendre un point d'appui sur l'une des ailes du nez, lorsque l'instrument est appliqué; une vis de pression le fixe alors sur le point du corps de la sonde, où il reste immobile.

Lorsqu'on se sert de l'instrument, on introduit dans la narine, siége de l'hémorrhagie, l'extrémité munie de la petite vessie, et l'on fait arriver celle-ci à l'ouverture postérieure de la fosse nasale; on fixe l'instrument sur l'aile du nez à l'aide du curseur, et l'on insuffle alors de l'air dans la sonde pour dilater la vessie, en même temps qu'on a soin de tourner le robinet pour empêcher la sortie de cet air par l'ouverture antérieure de la sonde. Un bourdonnet de charpie, placé dans la narine antérieure, sert à empêcher le sang de s'échapper de ce côté. On peut, au lieu d'air, injecter à l'aide d'une petite seringue de l'eau froide dans l'instrument. L'air nous paraît préférable.

Ce fut en employant ce dernier procédé que nous arrêtâmes immédiatement l'hémorrhagie. La présence de l'instrument n'incommoda pas la malade. Une petite hémorrhagie eut lieu le lendemain par la narine droite; mais des aspersions d'eau froide suffirent pour la faire cesser.

Les jours suivants, la malade était dans l'état d'anémie le plus complet. Son pouls était vide; son cœur battait cependant avec énergie et fréquence, le second bruit était devenu un peu distinct, il n'offrait rien de remarquable; le premier, moins prolongé qu'auparavant, était toujours accompagné du bruit de râpe. La toux diminua de fréquence et de force; une diurèse abondante s'établit; un appétit vorace se fit sentir; on accorda des aliments. La malade parut reprendre un peu de force; mais des hémoptysies survinrent, un dévoiement colliquatif s'établit, et elle finit par succomber, le 13 novembre.

A l'autopsie cadavérique, nous trouvâmes au cœur un volume double de celui qu'il offre ordinairement. Cette augmentation de volume dépendait d'une hypertrophie concentrique du ventricule gauche. La valvule mitrale était relevée et formée d'un tissu blanc, resplendissant, fibreux, très-épais et très-consistant : elle ressemblait à une sorte de diaphragme tendu transversalement, percé à son centre d'une boutonnière qui restait béante et qui ne présentait pas plus de quatre à cinq lignes de longueur. La face supérieure était convexe et bosselée sur les côtés de cette ouverture; l'inférieure était concave et donnait attache aux tendons de la valvule. Ces tendons étaient également hypertrophiés et d'un blanc resplendissant. Par cette disposition, le sang arrivait difficilement de l'oreillette gauche dans le ventricule, et il y rentrait, mais avec difficulté, lorsque le ventricule se contractait pour pousser ce liquide dans l'artère aorte. C'est ce dernier effet qui avait donné à la valvule la disposition que nous lui avons trouvée; car elle était, au moment de l'autopsie, soulevée par du sang venant du ventricule.

Quelques petites ossifications existaient aux valvules sygmoïdes aortiques, mais n'en gênaient point les fonctions.

Le cœur droit était distendu par du sang, mais n'offrait rien autre chose à noter.

Les poumons étaient d'un tissu pâteux, et ne présentaient aucune trace de congestion sanguine.

Les reins et le cerveau étaient sains.

La membrane muqueuse du canal intestinal était parsemée çà et là de plaques d'injection sanguine.

Bien que rapportée à l'occasion de l'emploi du *rhinobyon*, nous n'avons pas voulu resserrer dans des limites trop étroites cette observation intéressante sous plusieurs autres points de vue que nous n'examinerons pas ici.

Nous avons été, ces jours passés, sur le point de mettre en usage le *rhinobyon* de M. Martin Saint-Ange, pour un malade qui avait une épistaxis surabondante. Nous avions fait nos préparatifs lorsqu'au moment de les employer la fluxion changea de lieu : le malade fut pris d'une otite, et l'épistaxis cessa. Je ne me serais pas servi cette fois du rhinobyon de M. Martin Saint-Ange, son instrument n'était plus à ma disposition; mais, mettant à contribution l'idée de ce médecin distingué, j'avais fait préparer de la manière suivante, par M. Devailly, l'un de mes élèves, le moyen hémostatique que je vais indiquer.

Il se compose d'un morceau de sonde de gomme élastique n° 4, long de six pouces. A l'une des extré-

mités duquel on fixe, à l'aide d'une soie, deux pouces et demi d'un condom ou de toute autre vessie analogue. On dispose avec soin un fosset pour fermer hermétiquement l'autre extrémité, et l'on noue, à deux pouces du bout pharyngien de l'instrument, un fil dont on laisse les bouts pendre de quelques pouces.

On place cet instrument de la même manière que le rhinobyon ; seulement on laisse une partie de la vessie dans la région postérieure des fosses nasales, de sorte que, quand elle est insufflée, une portion sert de bouchon dans cette cavité et le reste en forme un autre au-delà. On place le fausset aussitôt que l'insufflation faite avec la bouche ou avec une petite seringue est terminée. Enfin on fixe la *canule hémostatique* soit par un bourdonnet de charpie, soit par un petit morceau de sonde de gomme élastique, qu'on lie transversalement à l'ouverture antérieure des narines, avec les jets de fil qui sont restés pendants. C'est dans ce dernier temps que l'on bouche les narines antérieures.

Nous emploierons cet instrument à la première occasion. Sans doute le rhinobyon de M. Martin Saint-Ange, qui nous a été utile et qui pourra remplir plusieurs indications en chirurgie, lui sera préféré. Nous ne parlons du nôtre qu'à cause de la facilité avec laquelle on peut l'établir, et parce que, fondé sur le principe de celui de M. Martin Saint-Ange, il ne pourra, s'il est utile, que mieux faire apprécier l'idée de notre confrère.

MARTIN SOLON.

Note sur l'onguent mercuriel double.

On connaît un grand nombre de procédés pour préparer l'onguent napolitain. Nous avons ceux de MM. Baudrimont, Chevalier, Coldefy, Desmaretz, Dufilho, Dumesnil, Hernandès, E. Mouchon, Planche, Simonin, etc. M. Soubeiran les a rappelés tous dans son excellent *Traité de Pharmacie*, et les a discutés avec la sagacité et le savoir qui le distinguent.

M. Soubeiran termine ainsi la revue de tous ces procédés : « Tous ont été vantés et abandonnés tour à tour. » Les deux qui m'ont le mieux réussi sont l'emploi de » l'onguent napolitain ancien, et celui de la graisse ran- » cie à la cave. »

Le journal de chimie médicale a dernièrement annoncé, d'après Van Mons, que l'on parvient facilement à diviser le mercure en y ajoutant quelques gouttes de baume de soufre térébenthiné.

Je crois le procédé de Van Mons bon et utile, et je l'emploierais s'il n'avait pas l'inconvénient d'introduire un peu de sulfure de mercure dans l'onguent napolitain : cette considération n'arrêtera peut-être pas d'autres praticiens.

Voici maintenant le procédé que j'emploie depuis plusieurs années, et dont je suis assez satisfait. Je le soumets avec confiance au jugement de mes confrères.

On pèse une livre de mercure que l'on introduit dans une courtine de la capacité de dix onces ; on y ajoute deux onces d'essence de térébenthine, et on bouche exactement. Un homme prend la bouteille et l'agite fortement pendant une demi-heure. Alors on verse ce mélange hétérogène dans un mortier de marbre muni d'un pilon en bois, on y ajoute une livre de graisse et on triture vivement et sans interruption pendant douze heures. S'il reste des globules, on recommence le lendemain, l'onguent n'est terminé que le second jour.

Les avantages de ce procédé sont réels : 1° économie de temps ; 2° emploi de graisse fraîche ; 3° point d'introduction de corps étrangers dans la pommade, car l'huile volatile est évaporée lorsque l'opération est terminée (1).

Il ne me paraît point indifférent d'employer soit de la graisse fraîche, soit de la graisse rance, aujourd'hui que l'onguent double est prescrit à haute dose comme antiphlogistique dans plusieurs maladies inflammatoires, notamment dans les cas de péritonite (2). Toutefois, il est vrai de dire que l'onguent préparé même avec de la graisse fraîche rancit promptement.

BOUTIGNY,
Pharmacien à Évreux.

P.-S. Cette note était écrite lorsque j'ai lu ce qui suit dans le *Traité de Médecine légale* de M. Alphonse Devergie, t. II, p. 687. . . . « C'est qu'en effet l'huile » de térébenthine éteint immédiatement le mercure et » le transforme en une matière grisâtre. » Il y a plusieurs années que je me sers du procédé que j'ai décrit plus haut, et il y a huit jours seulement que j'ai reçu le livre auquel j'ai emprunté la citation qu'on vient de lire. Je le dis pour qu'on ne m'accuse pas de plagiat.

B.

Sur la préparation et les propriétés de l'alcoolé sécalique.

Préparation pharmaceutique. On fait macérer une demi-once de poudre de seigle ergoté (secale cornutum) dans quatre onces d'alcool ; on conserve ensuite le mélange dans un flacon bien bouché.

On s'en sert en injections dans la matrice, dans les cas de dystocie qui réclament l'usage du seigle ergoté. Pour cela, on en étend une ou deux cuillerées dans de l'eau tiède, et l'on a recours à un syphon aplati pour l'injecter entre la tête de l'enfant et le col de l'utérus ; on renouvelle ces injections jusqu'à ce que la médication commence à se manifester.

Propriétés thérapeutiques. Quand on administre le seigle ergoté par les premières voies, M. Montain a remarqué qu'avant d'agir sur la matrice, il détermine souvent des effets primitifs sur d'autres organes, surtout chez les femmes nerveuses ou très-sanguines. Il a vu une jeune personne chez qui il causa tous les phénomènes de l'ergotisme convulsif, sans favoriser l'accouchement, et qu'il fut obligé de délivrer à l'aide du forceps.

Il propose d'éviter quelques-uns de ces inconvénients, et surtout ceux qui sont la suite de l'action du médicament sur l'estomac, en injectant directement dans l'utérus l'alcoolé sécalique suffisamment étendu d'eau tiède. Ce mode d'administration paraît avoir plusieurs avantages : si l'action de la teinture est trop vive, on peut aisément la corriger par d'autres injections séda-

---

(1) Néanmoins, l'onguent mercuriel ainsi préparé conserve une légère odeur de térébenthine.

(2) Voyez plusieurs articles du *Bulletin de Thérapeutique*.

tives ; quand elle a accompli son œuvre, on en prévient les effets secondaires par des injections modératrices.

Ce procédé a plusieurs fois réussi à l'auteur ; il nous paraît rationnel et digne de fixer l'attention des médecins-accoucheurs.

N° 2. — 30 Janv. et 15 Fév.

NOTE SUR L'ÉPIDÉMIE RÉGNANTE.

Les médecins de Paris observent depuis quelque temps, dans les hôpitaux et dans la pratique civile, un plus grand nombre de maladies, et des maladies plus graves qu'on n'a coutume d'en observer pendant la saison froide. Les maladies qui avaient dominé depuis un mois, avant l'invasion de l'épidémie actuelle, étaient des affections éruptives, notamment des varioles et des scarlatines. A côté de ces affections se groupaient un certain nombre d'autres maladies plus communes dans les temps froids ; nous voulons parler d'inflammations de poitrine, telles que des pleurésies et des pneumonies ; enfin, plus récemment encore, s'est montrée une troisième classe d'affections portant tous les attributs de la véritable grippe. Celle-ci n'a paru sous forme épidémique que depuis trois semaines environ. Elle s'annonce par les traits si familiers des affections catarrhales ; ce qui l'en distingue dès à présent, c'est l'extension qu'elle a prise, et qui l'a fait envahir les trois quarts de la population, et le plus haut degré d'activité de ses symptômes. On se souvient que cette dernière affection règne en ce moment avec assez de violence dans quelques pays du Nord, et principalement en Allemagne, en Suède et en Danemarck, où, d'après les relations officielles, elle affecte presque toutes les populations, et que plus nouvellement elle a envahi la capitale de l'Angleterre; on sait aussi que dans cette dernière région, sans avoir moins d'extension que dans les pays précédents, puisque, suivant les papiers publics, elle aurait atteint en assez peu de temps la presque totalité du peuple et de la garnison, elle serait plus souvent dangereuse et même meurtrière, par ses complications avec des symptômes typhoïdes. Nous ne connaissons encore qu'imparfaitement ce qu'il faut penser au juste des causes de la mortalité extraordinaire de Londres, sous l'influence de cette affection. En attendant les renseignements précis que nos confrères d'outre-mer nous communiqueront, nous allons décrire l'état médical de Paris, tel que nous le voyons en ce moment, afin que si par hasard la grippe que nous ressentons était véritablement la cause de l'excédant de mortalité chez nos voisins, nous ayons d'avance tous les éléments appréciables de son origine et de sa nature, et de ses conséquences, et partant l'ensemble des données les plus propres pour prévenir ses funestes complications.

Les premières causes des maladies que nous avons sous les yeux, se trouvent dans les irrégularités des constitutions atmosphériques, depuis plusieurs mois. L'automne précédent a été marqué par des tempêtes fréquentes et fortes, qui ont fait varier dans le même jour, et quelquefois dans la même heure, la direction des vents, du nord au sud et du sud au nord ; ces perturbations n'ont pas cessé, comme c'est l'ordinaire, après le mois de septembre. Le 5 octobre, le vent était encore violent, et la pluie continuelle. Cependant le thermomètre se soutenait au milieu du jour, à 10 degrés c., bien que le fond de l'air restât froid, et qu'il se refroidit surtout étrangement le matin et le soir, et même quand le soleil ne paraissait pas à l'horizon. Jusqu'au 21, l'humidité continua, mais le temps était chaud et étouffant. A cette époque, le froid reprit subitement avec violence, accompagné d'une sécheresse excessive qui contrastait avec l'humidité de la série de jours précédents. Des flots de neige jonchèrent en même temps le sol, à plus d'un pied d'élévation : elle durcit par les gelées consécutives, et couvrit la terre jusqu'au 31 décembre. Le dégel commença pour lors au milieu d'une humidité excessive et d'un brouillard constant. A cette époque, la chaleur monta assez promptement, de 7° au-dessous de la glace et au delà, à 2 ou 3° au-dessus de ce point. Le temps est resté ensuite le plus souvent doux, toujours très-humide jusqu'au 15 ; puis il y a eu de nouvelles gelées très-fortes pendant trois ou quatre jours; après quoi un dégel subit est arrivé. Le temps s'est adouci de plus en plus ; au point qu'au moment où nous écrivons, on croirait être, non pas au cœur de l'hiver, mais au milieu du printemps : d'ailleurs il est toujours sombre et extrêmement humide, entrecoupé de petites pluies. Ainsi l'état dominant de l'air a été une humidité excessive, un froid modéré, et de changements continuels et brusques de froid et de chaud, de sécheresse et d'humidité, de calmes et de vents.

La douceur générale de la température décrite explique d'une manière satisfaisante le grand nombre des affections éruptives qui ont regné. Ces maladies appartiennent à la première époque du printemps, et l'on conçoit que leur apparition ait été avancée par une condition atmosphérique tout à fait printanière. Les vicissitudes de l'atmosphère ne sont pas moins favorables aux affections catarrhales ; il n'est pas étonnant, par conséquent, que la grippe se soit fait jour dans la capitale, après la succession et les alternatives de tant d'états atmosphériques contraires ou différents. Les pleurésies, les péripneumonies franches, et les autres affections inflammatoires, sont relativement très-rares, à cause de la courte durée du froid. Les maladies dominantes évidemment, ce sont les catarrhales, que leur similitude avec des affections analogues qui ont parcouru l'Europe en divers temps, fait appeler du nom de *grippe* ou d'*influenza*, comme on les a appelées dans le siècle précédent. Laissons de côté les maladies régnantes, concurremment avec ces dernières; arrêtons-nous seulement aux symptômes de la grippe et à son traitement.

Cette affection ne se montre pas chez nous sous les formes dangereuses où elle existe encore en Angleterre. Peut-être les acquerra-t-elle à mesure qu'elle prendra du développement, ou peut-être n'est-elle redévable de la gravité qu'on lui reproche, qu'à des circonstances locales indépendantes de sa nature. Quoi qu'il en soit de nos conjectures sur son avenir, nous la décrirons avec les traits qu'elle présente en ce moment.

La grippe actuelle se compose d'un groupe de symptômes qu'on trouve chez tous les malades, et d'un certain nombre d'autres symptômes qui représentent autant de variétés. Cette distinction en symptômes communs et en symptômes particuliers est très-importante. Les premiers sont la base du traitement général, et les seconds des modifications à faire subir à ce traitement. Parlons d'abord des symptômes communs. Tous les malades éprouvent un mal de tête intense,

tous ont les yeux rouges, larmoyants, la figure triste, les traits retirés, grippés, la langue blanche, large, humide, le pouls fréquent, dilaté, facile à déprimer; tous ont un sentiment de faiblesse très-grande, beaucoup d'anxiété, une tendance à frissonner et à suer en même temps. Quelques-uns, et même le plus grand nombre, ont encore des éternuments répétés, des douleurs vagues fixées principalement aux reins, aux jambes, aux bras. La réunion des ces symptômes constitue le signalement caractéristique de notre grippe. Indépendamment de ces phénomènes généraux, on observe des symptômes qui affectent différents sujets, et représentent autant de variétés de la grippe. Les plus fréquentes de ces variétés sont celles du catarrhe pulmonaire. La toux dans ces catarrhes ressemble parfaitement aux toux nerveuses. Elle revient par quintes, elle est violente, retentissante et fatigue beaucoup. D'ailleurs est elle sèche, surtout au début. Peu à peu elle mûrit comme on dit vulgairement, s'accompagne d'expectoration et cesse tout à fait. Une seconde variété très-commune aussi, mais moins que l'autre, c'est l'angine. Celle-ci n'offre rien de remarquable et ne mérite aucune mention particulière; viennent ensuite d'autres nuances telles que celles du dévoiement, du rhumatisme articulaire, de l'ophthalmie, etc. Une forme que nous ne devons pas omettre, c'est celle de pleurésie, ou de pleuropneumonie. Elle se reconnaît aux signes physiques ordinaires, et aux symptômes plus anciennement connus; cependant elle est généralement moins grave que les pleuro-pneumonies inflammatoires ou autres, quoiqu'elle le soit beaucoup plus que les autres formes déjà citées. Un trait commun à presque toutes les variétés de la grippe, c'est qu'elles sont bénignes, et de courte durée, si l'on excepte toutefois les formes qui présentent une pleurésie ou une pneumonie. Il ne faut par perdre de vue que chez un certain nombre, il n'y a réellement qu'une affection générale sans lésion spéciale distincte.

La durée de la grippe, quelles que soient ses formes, n'est pas longue. Elle parcourt ses phases entre quatre et sept jours, elle se résout le plus souvent par des sueurs copieuses, par quelques garde-robes bilieuses et par une abondante émission d'urine. La première solution est la plus commune, mais souvent aussi les trois solutions concourent au même but. La grippe n'est pas non plus dangereuse, nous dirons mieux, elle est très-bénigne; aucune complication grave ne la traverse, et sous ce rapport nous sommes beaucoup plus heureux que les Anglais. Il y a cependant ici une exception à faire : lorsque la grippe a pris la forme de pleurésie ou de pneumonie, elle devient très-dangereuse, et les seuls cas très-rares où la mort a terminé cette épidémie, avaient pour objet des malades ainsi affectés; nous ajouterons que cette variété là est si loin d'être commune, qu'elle ne vient jamais spontanément lorsque la grippe suit sa marche naturelle, mais qu'elle succède exclusivement à une méthode vicieuse de traitement. Tous les grippés devenus pleurétiques ou pneumoniques avaient essuyé des émissions sanguines trop fortes ou trop abondantes par les saignées ou les sangsues : ce qu'il faut bien considérer. La grippe accompagne presque toutes les maladies qui se développent actuellement; ainsi les éruptions comme la variole, les rougeoles, etc., débutent par ses symptômes et marchent sous ses auspices. Il n'est pas jusqu'aux fièvres traumatiques, après les grandes opérations chirurgicales, qui ne se produisent sous ses traits, elle ne compromet en général par elle-même l'existence d'aucun malade; il n'y a que les vieillards, les phthisiques ou les asthmatiques, qui ont à craindre ses effets, car elle accélère la marche des affections chroniques et les pousse vers le dénoûment fatal. Le traitement d'une affection si simple et si bénigne n'occupe pas longtemps.

D'abord on a observé que tous les malades sont accessibles à une méthode thérapeutique commune, tous réclament à peu près les mêmes moyens curatifs. La première chose à faire auprès du malade, c'est de déterminer la sueur, à laquelle ils ont tous une tendance manifeste, à l'aide de la chaleur du lit, d'une boisson chaude diaphorétique, aiguisée d'eau de fleurs d'oranger ou de dix à quinze gouttes de liqueur d'Hoffmann. Un autre moyen que les bons observateurs ont constaté unanimement, c'est la combinaison de ce moyen avec un vomitif. Si l'on met en pratique cette association à l'instant même où la grippe se déclare, on la fait avorter ou plutôt on la guérit en deux ou trois jours. Telle est la méthode la plus accréditée parmi les praticiens, en dehors de toute vue systématique contre le fond même de cette affection; à cette méthode il peut se joindre des modifications accessoires, selon les variétés ou les formes diverses de la grippe. L'angine par exemple réclame les gargarismes, les fumigations locales, l'usage des cataplasmes au cou; le catarrhe pulmonaire exige les mêmes applications sauf la différence du siége. La dyssenterie se traite de même par les fomentations chaudes sur le ventre et par les lavements émollients. La pleurésie et surtout la pneumonie exigent une méthode plus active. Quelques saignées peuvent être indiquées par le mélange de quelques symptômes inflammatoires, mais en général les émissions sanguines dans ces fluxions de poitrine doivent être extrêmement ménagées; dix onces de sang représentent ici une saignée forte, et il est rare qu'il faille les répéter plus de deux fois. La raison en est simple, c'est que ces maladies ne sont pas franchement inflammatoires, qu'elles sont catarrhales et qu'elles tiennent de la grippe, dont elles demandent le traitement. Il y a un ordre de moyens dont on se trouve bien, dans ces maladies de poitrine et dans toutes les maladies produites par la grippe, ce sont les épispastiques, et en première ligne les vésicatoires; ces moyens font merveille lorsque la lésion locale survit, après l'action du traitement indiqué. C'est ainsi qu'ils réussissent à la fin des pleurésies et des pneumonies, après que l'irritation de la période du début a cessé. Nous ne devons pas oublier dans la liste des remèdes indiqués contre la grippe et ses formes, les calmants, et en tête l'opium. L'opium est employé avec le plus grand succès dès le commencement de cette affection, à moins qu'il n'y ait, ce qui arrive quelquefois, à cause de la disposition des malades, une complication phlogistique. Un demi-grain ou un grain de cette substance apaisent la toux, calment l'irritation générale, poussent à la sueur et procurent le sommeil, soit qu'on le donne en nature, soit qu'on l'associe aux pectoraux ou aux adoucissants. Dans tous les cas il seconde l'activité des autres agents contre la grippe, et il concourt avec eux à avancer son heureuse solution.

En résumé, la grippe est une affection catarrhale épidémique; elle porte sur tous les malades la même impression pathologique, mais les manifestations de cette impression diffèrent selon les conditions particulières des circonstances ou des sujets. Son traitement se

compose de deux classes de remède, les uns combattent la nature même de la maladie, tels sont les adoucissants, les diaphorétiques, concurremment avec les potions purgatives ; les autres s'adressent de préférence aux symptômes locaux ; ceux-ci sont les applications topiques, émollientes, relâchantes et sédatives dans le principe, et à la fin les épispastiques. Méfiez-vous des émissions sanguines par la lancette ou par les sangsues, ni la grippe ni ses formes inflammatoires en apparence ne s'en accommodent ; ces agents empirent l'état des malades, et peuvent les entraîner à la mort, s'ils sont poussés un peu trop loin.

De l'action thérapeutique de l'iode à haute dose.

L'iode n'avait été employé jusqu'à nos jours qu'à des doses plus ou moins minimes. Tous les praticiens avaient remarqué que pour peu qu'on excédât plus de trois ou quatre grains de cette substance, les voies digestives se révoltaient à son approche, et qu'il finissait par déterminer tous les accidents de l'empoisonnement par les poisons corrosifs : on avait même appelé du nom particulier d'*iodisme*, l'appareil des phénomènes toxiques déterminés par l'iode. Eh bien, tout récemment un médecin de Londres, dans un grand hôpital, vient de reconnaître que les craintes qu'on avait conçues de l'action pernicieuse de cette substance dépendaient moins de l'iode lui-même que de la manière dont on l'employait, et qu'en réalité, on peut le faire parvenir dans les voies digestives à des doses considérables et tout à fait impunément. Nous dirons mieux : c'est qu'il a réussi à ces mêmes doses contre des maladies extrêmement rebelles, dans lesquelles il avait échoué tant qu'on l'avait employé aux doses usitées. Le médecin a qui l'on doit les expérimentations à l'aide de l'iode à haute dose, c'est le docteur Buchanan, chirurgien de l'infirmerie royale de Glascow. En France, on ne s'est pas encore avisé d'utiliser ainsi les préparations d'iode ; nous nous hâterons de rendre compte des observations authentiques publiées à Londres, afin de mettre les médecins de notre pays en mesure de confirmer ou d'infirmer ces effets remarquables. Quand nous parlons de l'administration de ce remède à hautes doses, on n'imagine pas encore à quel degré ce médecin les a poussées. Nous en donnerons une idée en apprenant que plusieurs de ses malades en ont consommé, dans l'espace d'un mois ou cinq semaines, un quart de livre ou une demi-livre, sans que cette quantité vraiment énorme ait occasionné le moindre accident, quoiqu'elle ait été réellement absorbée ainsi que le docteur Buchanan s'en est assuré.

M. Buchanan ne s'est pas contenté de la préparation précédente. Il a préparé encore un acide hydriodique qu'il a administré comme succédané à de l'iodure d'amidon. Il condamne, par des raisons, à notre avis, péremptoires, ces méthodes de préparation de cet acide, telles qu'on les applique de nos jours. Sans entrer, à cet égard, dans des détails purement pharmaceutiques, nous nous contentons de donner ici les éléments de la combinaison choisie par ce médecin. Iodure de potassium, 330 grains ; acide tartarique, 264 grains. Préparer suivant l'art, en employant une quantité d'eau suffisante pour que chaque drachme du liquide contienne cinq gouttes d'iode. L'acide hydriodique, résultant de la réaction de ces principes, est doué d'une acidité agréable, et il peut être conservé pendant plusieurs mois avant que sa décomposition soit trop avancée. M. Buchanan a employé cet acide, d'abord à une dose de quelques gouttes, et puis graduellement à un gros, trois fois par jour, ce qui équivaut à quinze grains d'iode ; un peu plus tard, à une demi-once, trois fois par jour, ce qui répond à un gros d'iode par vingt-quatre heures. Enfin, dans quelques cas, il en a fait prendre une once trois fois par jour, c'est-à-dire deux gros d'iode pur. D'après son observation, l'acide hydriodique, s'il est pur, ou ce qui revient au même, s'il ne contient pas d'iode en solution, n'exerce aucune irritation sur le tube digestif, lorsqu'il est suffisamment étendu ; en outre, il est absorbé et pénètre tous les tissus, et sort par les excrétions, exactement comme l'iode administré pur ; enfin ses propriétés thérapeutiques sont exactement les mêmes que celles de l'iode. Le médecin anglais ajoute ici une observation importante. L'acide hydriodique pur n'ayant aucune action irritante, peut être donné dans l'eau. Cependant, comme l'iode qu'il contient presque toujours en solution le rend irritant, et en fait une préparation analogue à la solution de M. Lugol, qui ne peut être administrée qu'à une très-faible dose, il le fait prendre dans une solution d'amidon comme véhicule. Par ce moyen, l'iode de l'acide décomposé se combine avec l'amidon, et est introduit dans l'économie sous la forme d'iodure d'amidon. Enfin M. Buchanan a administré aussi à très-haute dose l'iodure de postassium. M. Magendie a recommandé la même substance à un gros par jour, divisé en plusieurs prises. Le médecin anglais donne la même dose en une seule fois avec une réussite complète ; bien plus, il augmente graduellement la quantité indiquée jusqu'à deux gros, et même jusqu'à une demi-once, et il ne doute pas de son innocuité à des quantités plus élevées. En l'administrant à cette dose, il ne prend d'autre précaution que de faire boire au malade une grande quantité de boisson délayante.

Les effets de l'administration de l'iode aux doses et d'après les formules indiquées, sont loin d'être défavorables. Chez les malades qui le prenaient aux doses les plus fortes, la langue était nette et d'une couleur normale ; l'appétit et la digestion n'étaient pas troublés, et dans beaucoup de cas, ces fonctions étaient notablement améliorées. L'iodure d'amidon détermine souvent de la constipation avec quelques coliques, et fréquemment aussi avec une décoloration de matières fécales. Le développement de ces accidents nécessite l'emploi d'un laxatif qui les fait cesser. Dans quelques cas plus rares, l'iodure d'amidon a produit l'effet opposé ; s'il agit comme purgatif chez les personnes dont les organes digestifs sont faibles, il est souvent nécessaire d'abandonner complètement l'usage de ce médicament, ou tout au moins d'en diminuer la quantité. Il arrive aussi quelquefois que l'iode produit la salivation à la manière des mercuriaux. Dans quelques cas le pouls présente de l'altération quand on commence de l'administrer ; mais le plus souvent il ne produit rien de pareil.

M. Buchanan a administré avec succès l'iode à haute dose, à des malades atteints de syphilis, de scrofules et de maladies chroniques de la peau, telle que la lèpre, le psoriasis, l'impétigo, le porrigo, etc., il l'a fait prendre à trente-sept malades. Il cite sur ce nombre ceux de ces sujets dans lesquels l'action de ce médicament a

été le mieux prononcée. Nous nous contenterons de résumer ici deux de ses observations les plus saillantes.

I. Elliot, sellier, âgé de vingt-quatre ans, rapporte qu'un an auparavant, il se forma sur le dos de sa main un abcès qui s'ouvrit spontanément; vers le même temps, un abcès pareil se forma à l'autre main : cet abcès fut ouvert. A son entrée à l'hôpital, il avait sur la main un vaste ulcère scrofuleux, recouvert sur quelques points par des portions de peau décollée, et fournissant un pus de mauvaise nature. La main était le siége de douleurs lancinantes très-vives. Sur un point de l'ulcère, on distinguait l'extrémité du premier métacarpien, qui était carié; sur le pouce de l'autre main, on voyait aussi deux ouvertures de la même nature, mais à travers lesquelles on ne trouvait pas d'os dénudé : le genou gauche était plus gros d'un pouce que le genou droit; la tête du tibia était le siége de douleurs, que la pression augmentait, la santé générale était assez bonne. On soumit le malade à l'usage de l'iode, sous la forme d'iodure de potassium. Il prit trois fois par jour six grains de cet iodure, et les doses en furent progressivement augmentées. Trois jours après, le malade en prenait trois doses toutes les vingt-quatre heures, de dix grains chaque; quelques jours après, on porta la dose à un gros. L'urine de ce malade contenait une grande quantité d'iode; la plaie était presque cicatrisée, aucun os ne s'était détaché. Un mois après environ l'administration de l'iodure, l'ulcère était entièrement guéri, et le malade renvoyé.

Voilà un exemple bien remarquable d'affection scrofuleuse profonde, guérie en très-peu de temps par l'iode à forte dose; il parle assez haut de lui-même, et prouve, autant qu'un fait peut servir de preuve, d'abord l'innocuité absolue de l'ingestion de grandes quantités de cette substance puissante, et ensuite l'efficacité thérapeutique prompte, contre une affection si souvent rebelle à une médication beaucoup plus longue par la méthode ordinaire de l'administration de cet agent.

On sait que jusqu'ici l'iode, sous forme de teinture ou autres aussi communes, ne pouvait être porté plus loin que trois ou quatre grains dans les vingt-quatre heures; ou que cinq à six grains en se servant de la solution de M. Lugol fortement étendue. Ici, le docteur Bucchanan soupçonne que les effets délétères de ce remède, quand on dépassait ce nombre de grains dans les vingt-quatre heures, étaient dus, comme nous le disions, moins à l'iode lui-même, qu'aux combinaisons qu'on lui faisait subir; partant de cette idée, il chercha une préparation qui, sans rien faire perdre à la vertu de ce remède, le rendît inoffensif pour la muqueuse gastro-intestinale. Il jeta les yeux, dans cette vue, sur l'iodure d'amidon. L'expérimentateur n'éleva pas brusquement la dose de ce composé, avant d'avoir acquis la certitude, par des épreuves répétées, qu'il n'y avait aucun danger. Il commença par donner sous cette nouvelle forme l'équivalent d'un demi-grain d'iode, et il l'augmenta graduellement à quatre scrupules représentant quatre grains d'iode. Peu à peu il atteignit douze grains d'iode en vingt-quatre heures, ensuite soixante-douze grains; parfois il a même dépassé cette quantité dans quelques cas où il n'obtenait pas encore, à soixante-douze grains par jour, l'effet médicateur attendu. M. Buchanan a constamment remarqué que, malgré les progressions croissantes des doses du remède, le tube digestif n'en éprouvait aucun dommage. Cependant, il a constaté d'une autre part qu'il était loin d'être réduit à un état inerte, et en outre, qu'on retrouvait dans les sécrétions et les excrétions des sujets les preuves matérielles qu'il passait en nature, à travers les tissus et les liquides de l'économie; il obtenait des effets curatifs bien évidents; d'où il suit, à n'en point douter, que l'iodure d'amidon peut porter dans l'économie des quantités d'iode égales à un gros et au delà, sans aucun danger pour les organes digestifs, et de plus que, lorsqu'il arrive en masse, il jouit d'une efficacité manifeste contre une multitude d'affections incurables par tout autre moyen, ou par l'iode même à des doses plus modérées. Voici la formule pour la préparation de l'iodure d'amidon :

Iode, vingt-quatre grains;
Amidon en poudre très-fine, une once.

Triturez l'iode avec un peu d'eau et mêlez graduellement l'amidon.

D'après cela *un gros* de ce composé renferme trois grains d'iode pur, et chaque scrupule de la même combinaison représente un grain d'iode pur.

II. Cellon, ouvrier, âgé de trente-deux ans, présentait sur les extrémités une éruption de deux ans de date, qui avait commencé autour des genoux et des coudes, sous forme de taches rondes avec une légère saillie et couvertes d'écailles d'un blanc brillant. Au commencement du traitement, elles étaient réunies en masses d'un gros volume, ridées, rouges et conservant quelque chose de la forme des écailles, et séparées sur quelques points par de petites fissures. (Iodure d'amidon, demi-once à prendre trois fois par jour). Sept ou huit jours après, les taches de la peau paraissent moins rouges et moins écailleuses : l'iode est bien supporté; la dose est portée à une once. Cinq jours après, les taches qui couvraient le tronc et les bras ont déjà disparu, et la peau de ces parties est revenue à l'état normal. Depuis le commencement du traitement, le malade avait pris 96 onces d'iodure d'amidon, qui équivalent à 4 onces 6 gros 24 grains d'iode. Il n'a éprouvé aucun inconvénient de son ingestion, et l'on a retrouvé cette substance dans les sécrétions.

On a reconnu, aux signes précédents, quelques symptômes de la présence de psoriasis. Ce fait n'est pas moins remarquable que le premier, tant parce qu'il prouve l'innocuité de l'iode à des doses très-élevées, que parce qu'il dépose de son action curative dans des affections souvent désespérées. Nous ne pousserons pas plus loin les témoignages que l'expérience de M. Buchanan a fournis en faveur de ces deux agents importants. Il reste à savoir si les essais, que les autres médecins jugeront à propos de tenter d'après ces résultats, justifieront leur confiance en cet agent médicinal. Nous attendons, pour nous prononcer à cet égard, un plus ample informé de la part de nos confrères. Nous leur avons mis sous les yeux les principes de la méthode, les procédés thérapeutiques et les bases principales de son indication : c'est à eux à faire le reste; mais qu'ils n'oublient pas les deux points suivants, savoir : que l'iode ne peut réussir aux doses proposées par M. Buchanan qu'autant qu'on l'administre sous des formes analogues à celles dont nous avons donné, d'après lui, les formules; qu'il faut néanmoins commencer par de petites doses, et augmenter progressivement, de peur que l'ingestion brusque et une grande quantité de ce médicament ne neutralise son innocuité constatée, quand on procède graduellement.

FUSTER.

De l'iritis syphilitique et de son traitement.

Parmi les iritis dues à des causes spécifiques, j'ai dû placer en première ligne celle qui reconnaît un principe vénérien, parce que cette cause occasionnelle de l'iritis est très-fréquente, et qu'elle porte avec elle des caractères si tranchés, qu'il est presque impossible de les méconnaître, ce qui est d'autant plus important, que, pour arrêter une affection promptement désorganisatrice de l'organe de la vision, il est de toute nécessité de recourir à un traitement spécifique. Plus que toute autre espèce d'irritis, la vénérienne a été longtemps inconnue en France et à peine en trouve-t-on des traces dans le grand Dictionnaire des sciences médicales de Pankouke. En 1820 un médecin allemand, Muller, y consacra quelques pages, dans un excellent recueil qui n'a eu que quelques mois d'existence, et qui était destiné à rendre de très-grands services à la science (1).

Ceux qui ont nié l'action spécifique des virus sur les ophthalmies, n'ont qu'à suivre avec soin les phénomènes de l'iritis syphilitique : car, sans contredit, et de l'avis de tous les ophthalmologues modernes, c'est la maladie de l'œil qui mérite mieux cette qualification, et qui offre les caractères les plus tranchés de l'affection vénérienne. Ces caractères deviendront d'autant plus évidents, que rien n'est plus rare qu'une iritis syphilitique exempte de toute affection générale, car c'est presque toujours à la suite d'une infection constitutionnelle que la maladie de l'iris se présente.

Il faut cependant admettre deux espèces d'iritis syphilitiques, la primitive et la secondaire. Ces deux divisions sont basées sur ce que la première affection offre à un oculiste, ou à un médecin exercé, des caractères tellement tranchés, qu'il peut les reconnaître à première vue ; quant à la seconde, elle n'arrive que peu à peu, consécutivement à des symptômes inflammatoires simples rhumatiques ou catarrhaux.

En effet, il n'est pas rare de voir une iritis se développer spontanément chez un individu portant avec lui des signes évidents de diathèse vénérienne générale. Dans ces cas, sans recourir aux signes commémoratifs, on diagnostique la maladie à première vue. Dans d'autres circonstances, plus rares à la vérité, l'iritis se présente seule et comme unique indice de l'affection spécifique.

Rien n'est plus commun, au contraire, que de voir l'iritis se développer chez des individus qui sont depuis longtemps affectés d'affection vénérienne plus ou moins rebelle, et qui souvent disparaît trop vite par un traitement palliatif, pour reparaître ensuite : nouveau protée dont chaque transfiguration sacrifie quelquefois un organe, ou le modifie, en lui imprimant le stygmate indélébile de la spécificité.

Caractères généraux de l'iritis syphilitique.

Lorsque l'on réfléchit à la nature intime de la membrane qui tapisse les chambres de l'œil, à l'activité avec laquelle elle sécrète et absorbe continuellement un fluide hyalin, l'on ne peut méconnaître, ni son analogie intime avec les autres membranes séreuses, ni le rapport extrême qui existe dans les maladies qui leur sont propres. Ne savons nous pas malheureusement que l'inflammation des séreuses se revèle quelquefois par des signes bien tardifs, bien obscurs, et que les désordres rendus évidents par l'autopsie, sont souvent en rapports inverses des phénomènes perçus pendant la vie. D'un autre côté, le caractère le plus tranché de l'inflammation des séreuses n'est-il pas l'exsudation d'une lymphe albumineuse, floconneuse, plastique ou coagulable selon le degré de l'inflammation ?

J'ai dû faire précéder ces réflexions pour pouvoir ensuite dire que l'on ne découvre pas toujours dans l'iritis syphilitique des caractères assez tranchés de l'état inflammatoire, pour expliquer la nature et l'abondance des produits sécrétés.

Mais ce que l'on observe dans l'iris, ne le rencontre-t-on pas tous les jours dans l'inflammation lente, obscure du péritoine, du péricarde, de l'arachnoïde, des enveloppes intimes du testicule, etc. ?

Si dans quelques circonstances l'iritis syphilitique s'annonce par des caractères inflammatoires, communs aux autres iritis, tel que rougeur du cercle sclérotico-cornéen, photophobie, larmoiement aigu, douleur pongitive dans l'organe, état de gonflement de l'œil, teinte rosacée de la sclérotique (pink-colour) qui s'évanouit à mesure qu'elle s'éloigne de l'anneau vasculaire du pourtour de la cornée : il en est d'autres où rien de semblable ne se présente. Il existe à peine une légère zonule précornéenne, que l'iris commence à s'obscurcir et à se couvrir d'exsudations qui se font au travers des vaisseaux de l'iris, et qui, pour tout praticien exercé, forment un type réel d'affection vénérienne. Cette sécrétion morbide, que Lawrence ne croit point devoir être nommée coagulable, cette exsudation, dis-je, a lieu tantôt à l'intérieur, tantôt à l'extérieur de l'iris : Dans tout cas, elle modifie la forme, les mouvements, les fonctions de l'iris, de la pupille et peut apporter un obstacle majeur à la vision.

Symptômes particuliers de l'iritis syphilitique.

Dans le plus grand nombre des circonstances, l'iritis syphilitique s'annonce par des symptômes généraux d'ophthalmie rhumatismale ou catarrhale. Le petit cercle précornéen dont nous avons signalé l'existence s'agrandit et forme une couronne vasculaire, composée de vaisseaux fins et rayonnants, qui s'agrandit, s'éclaircit et disparaît à mesure qu'elle s'avance vers la périphérie du globe.

Peu à peu la conjonctive prend une couleur rouge vineux, ses vaisseaux s'injectent ; mais en portant à droite ou à gauche cette membrane, par le refoulement de la paupière, on distingue facilement le réseau vasculaire de la sclérotique, vers le cercle précornéen, qu'il est facile de reconnaître à la forme, à la couleur, à la finesse, enfin, à la brusque terminaison des vaisseaux, qui forment un épanouissement digité en queue de morue.

Cette double couronne rosée des tissus sclérotidiens et conjonctiviens, persiste quelquefois toute la vie, même après guérison radicale des symptômes spécifiques, et augmente sous la plus légère variation atmosphérique, ou après un petit écart de régime.

A mesure que les symptômes inflammatoires s'aggra-

(1) Biblioth. ophthalmologique de Guillé.

vent, comme nous l'avons dit plus haut, les rapports intimes qui existent entre l'iris, la cornée et la sclérotique, deviennent aussi évidents à l'état pathologique, qu'ils le sont peu à l'état sain, ce qui rend si tranchés les effets de l'inflammation de l'iris sur ces parties, *et vice versâ*. En effet, les vaisseaux sclérotidiens s'enfoncent dans la cornée, le sang s'y accumule, et cette membrane perd de sa fermeté, à laquelle elle donne son nom, et qui lui donne la pellucidité.

Or, comme cette pellucidité n'est due qu'à la circulation d'une humeur extrêmement tenue dans la texture intime interlamellaire de la cornée, celle-ci commence à se ternir aussitôt que les globules sanguins s'accumulent dans les vaisseaux. Cette diminution de la diaphanéite cornéenne, est uniforme et non tachetée, comme dans l'inflammation de la membrane de Desrèmes.

Ainsi que Beer, j'admets contrairement aux opinions de Walther et de Lawrence, l'obscurcissement de l'humeur aqueuse, pour en avoir vu des cas très-évidents dans ma pratique particulière et à l'hôpital des vénériens, dans le service de M. Cullerier oncle, en 1821 et 1822. Si les faits ne venaient point à l'appui de cette opinion de Beer, n'en trouverait-on pas une raison théorique dans la richesse des tissus vasculaires de l'iris, si bien étudiés par Muller, Panizza et Ammon.

A cette époque de la maladie, la mobilité de l'iris cesse graduellement pour s'interrompre tout à coup; la pupille se rétrécit : aussitôt que cet état persiste, elle quitte le centre de la circonférence irrienne, pour se porter en dedans, en dehors ou en haut, et non point, comme le prétend Muller, invariablement en dedans.

Ce changement de direction est aussi accompagné de déformation de la pupille elle-même, qui affecte diverses configurations, selon la gravité, la durée de la maladie, et que nous indiquerons à l'article diagnostic différentiel. La substance de l'iris elle-même, se modifie, se boursoufle, et se couvre de villosités assez apparentes, qui diminuent le diamètre antéro-postérieur de la chambre antérieure.

La belle couleur noire de la pupille commence à s'obscurcir, à devenir nébuleuse, variée, chatoyante : puis l'iris se couvre peu à peu ou subitement, d'une couche de lymphe tantôt jaunâtre, tantôt verdâtre clair.

Dans d'autres cas, l'iris prend une couleur jaune d'autant plus prononcée, que l'œil était d'un bleu clair et vif. Lorsque l'iris est gris ardoisé, il prend une teinte rougeâtre dans toute sa circonférence; la membrane perd son éclat naturel : elle revêt alors une teinte obscure qui fait disparaître à la vue l'admirable lacis de vaisseaux et de fibres qui constituent le caractère distinctif de l'iris.

Quand les deux yeux sont atteints, ils se ressemblent en général, par l'harmonie de leurs tissus : mais quand un œil est sain, l'effet disparate des deux organes forme un coup d'œil fatigant. Au début de l'exsudation, on ne la rencontre que sur les rebords de la pupille, puis elle gagne graduellement la grande circonférence de la membrane.

Ces divers phénomènes sont accompagnés de douleurs vives dans l'orbite, pongitives, ostéocopes ou névralgiques. Ces douleurs augmentent à la tombée de la nuit, en forme d'accès qui durent toute la nuit, et qui sont suivis de photophobie, de photopsie, et surtout d'un larmoiement très-incommode qui ne permet pas aux malades de dormir un instant. Le calme et l'apyrexie reparaissent avec le jour.

Pour peu que la maladie persiste, il se forme au rebord de la pupille un bourrelet qui fait saillie et qui est produit par un épanchement dans le tissu même de l'iris. Cet état est presque toujours compliqué d'une sécrétion de lymphe qui se place dans l'espace pupillaire, et qui gêne plus ou moins la vision.

Si les moyens employés pour combattre l'iritis syphilitique ne sont pas suffisants, ou si la maladie n'a pas été prise en temps utile, il ne tarde pas à se former au rebord libre de l'iris et dans l'espace pupillaire de petites élévations frangées, digitées, que Muller nomme cristagalli, et que le professeur Beer considère comme de véritables condylomes. J'en ai vu réunis en grappe comme des choufleurs, qui refoulaient l'iris en avant et venaient en contact avec la cornée. Quelquefois ils jettent l'iris de côté, le détachent de la zonule ciliaire et font irruption dans la chambre postérieure, où ils exercent des ravages notables quand ils se projettent de côté, ils amincissent la sclérotique et la font tomber en dehors.

On observe souvent sur la surface de l'iris des kystes purulents qui se rompent et forment alors un faux hypopion. C'est ce qui a fait croire dans des cas à la suppuration de l'œil, chose qui est assez rare à la suite de l'inflammation vénérienne de l'iris, dont les résultats sont en général des produits végétants. Le docteur Monteath croit que ces kystes proviennent de la partie postérieure de l'iris et qu'ils se font jour à travers les fibres radiées de l'organe.

Arrivée à ce point d'intensité, la maladie se propage au cristallin, à la capsule, à la choroïde et à la rétine; la vue s'abolit et souvent l'œil s'atrophie. C'est à cette époque que la cornée se ramollit et que l'on y voit paraître des ulcérations profondes, lardacées, à bords renversés qui ne tardent pas à faire vider l'œil.

C'est ici le cas d'examiner jusqu'à quel point sont réels les signes de diagnostic différentiels, basés sur les déformations de la papille, opinion de Beer, que Muller fit connaître, il y a bientôt vingt ans, dans une dissertation spéciale. Ces idées ont été reproduites par Lawrence, Jungken, et ce n'est pas sans un vif sentiment de surprise que j'ai vu attribuer à M. Sichel des opinions si connues, et qui ne sont ignorées que par ceux qui ne s'occupent point spécialement de maladie des yeux.

Les rapports honorables qui existent entre M. Sichel et moi, éloignant toute idée d'arrière-pensée, m'imposent l'obligation de rectifier les faits : et cela avec d'autant plus de nécessité que ces mêmes faits ne sont point réels, et que je dois en discuter la valeur.

Dans une thèse qui a été récemment publiée, un de mes élèves, M. le docteur Capron, jeune chirurgien militaire fort distingué, a déjà exprimé quelques-unes des opinions que je professe. Pour ne point tomber dans des répétitions oiseuses, je citerai textuellement les expressions de sa thèse. « En effet, si l'on devait considérer les déformations de la pupille comme signe » certain de spécificité compliquant l'inflammation de » l'iris, pourquoi cette déformation ne serait-elle pas » uniforme dans tous les yeux reconnus atteints d'iritis » syphilitique ?

» Les faits viennent prouver le contraire; et dans le » plus grand nombre des mémoires envoyés au con- » cours de la société médico-pratique de Paris, la ques- » tion de cette partie du diagnostic a été jugée par la » négative, au point que dans un des mémoires couron-

» nés, un des lauréats, M. Carron du Villards, avait » formulé la proposition suivante : *Si les iritis scrofu-* » *leuses rhumatismales, syphilitiques, sont caractéri-* » *sées par des déformations particulières de la pupille,* » *pourquoi cette déformation typique n'est-elle pas la* » *même dans les deux yeux quand les deux organes sont* » *atteints de la même espèce d'iritis?*

» Cette opinion est, du reste, aussi celle de MM. Vel- » peau et Sanson.

» M. Velpeau, qui s'élève depuis longtemps, sous ce » rapport, contre les idées allemandes, a montré l'an- » née dernière, à sa clinique, plusieurs malades, chez » lesquels la même pupille offrait successivement les » formes de l'iritis syphilitique et rhumatismale ou » scrofuleuse. » (Capron, thèse sur l'iritis syphilitique, page 19.)

Les causes sont les mêmes en général que pour l'iritis idiopathique, mais il en est une inhérente à l'individu, et qui consiste dans une infection ou une diathèse syphilitique souvent constitutionnelle, et qui, sous une influence excitante quelconque, passe à l'état inflammatoire dans le tissu de l'iris.

Cette affection se manifeste le plus ordinairement à la suite des maux de gorge vénériens, des syphilides, des pustules et des eczéma cuivreux. Les brusques variations atmosphériques, les répercussions imprudentes, l'habitation dans les lieux humides, les excès en tout genre sont les causes occasionnelles.

Je n'irai pas plus loin, sans m'élever avec force contre l'opinion de ceux qui croient que le mercure peut produire des accidents sur l'iris, que l'on attribue trop facilement à la vérole. J'ai visité avec soin les établissements où on emploie le mercure en grande quantité ; j'ai vu les symptômes généraux les plus effrayants, produits par l'action de ce métal, et jamais je n'ai vu d'iritis. Je suis descendu dans les mines de mercure de la Carinthie et de la Carniole, j'ai examiné les mineurs qui naissent, vivent et meurent dans ces vapeurs mercurielles, je me suis entretenu avec des médecins attachés depuis vingt ans à ces exploitations, et jamais on n'a pu me donner un seul fait à l'appui de l'action du mercure sur l'iris.

Pronostic de toutes ces iritis, la syphilitique serait sans contredit la moins dangereuse, si on parvenait toujours à la traiter à temps. Car l'action du mercure est ici tellement évidente que sous son influence l'on voit disparaître les symptômes les plus graves et les plus alarmants.

Il faudra donc prendre en considération l'état constitutionnel du malade, la nature des désordres de l'œil, et si l'iris n'est pas détruit par des ulcérations ou des fontes purulentes, il faut espérer que la vue ne sera pas complétement abolie. Quand on a arrêté les effets spécifiques de la maladie, la chirurgie peut fournir encore bien des ressources.

Traitement.

Quoique l'iritis syphilitique ne soit pas accompagnée de symptômes d'irritation très-prononcés, il est cependant nécessaire de combattre le mouvement inflammatoire, car il peut se déceler au milieu de ce travail végétatif et ulcéreux, qui est le caractère de l'affection vénérienne. Il est important cependant de le combattre convenablement avant de recourir aux mercuriaux. Sans partager l'opinion exagérée de Richond des Brus, Devergie et autres, qui ne voient dans la syphilis qu'une inflammation, je crois que les évacuations sanguines modérées peuvent faciliter, accélérer l'action du mercure, ainsi que le faisaient Fabre, Hunter, Pearson, MM. Biet, Ricord, Lisfranc et Broussais; dans ce cas la saignée doit être plutôt révulsive que déplétive, et l'on combat les localisations par les ventouses scarifiées, rarement par des sangsues dans le voisinage de l'œil, où elles produisent parfois des érésypèles ou des ulcérations vénériennes consécutives.

On passe ensuite aux moyens capables d'arrêter les symptômes fatigants et qui réagissent sur les nerfs et la constitution. On cherchera donc à calmer les douleurs vives et profondes qui occasionnent l'insomnie. Pour interrompre promptement les accès et exacerbations nocturnes, il faut pratiquer sur le front et le pourtour de l'orbite des frictions avec de l'onguent napolitain uni à la belladone ou à la jusquiame. Le soir on administre au malade un quart de lavement avec de l'extrait gommeux d'opium.

En même temps on fomente l'œil avec de l'eau distillée de laurier cerise, dans laquelle on a fait dissoudre un quart de grain de cyanure de mercure, pour quatre onces de liquide. Je me suis convaincu de l'efficacité de cette fomentation. Quoique Beer et Muller recommandent de ne rien mettre sur l'œil, pendant que la maladie est à l'état aigu.

On doit combattre l'insomnie par des lavements opiacés, des juleps anodins, des applications narcotiques sur les tempes, et souvent quand les malades ne peuvent pas garder les lavements hypnotiques, on les remplacera par des suppositoires de beurre de cacao opiacé.

Aussitôt que l'état inflammatoire est enrayé, on doit immédiatement recourir à l'usage du mercure, sous diverses formes, et selon l'état général des organes destinés à le recevoir.

Comme dans l'iritis simple, l'on peut employer le calomel à dose fractionnée, ainsi que le font les oculistes allemands, MM, Biett, Cazenave et Schedel, ou à doses perturbatrices, comme le font les Anglais, Lawrence, Mackensie et Middlémore. Ce moyen agit alors comme révulsif intestinal, et comme excitant la salivation sur laquelle les praticiens anglais ont compté si longtemps, comme indice d'action thérapeutique, tandis que les autres praticiens la redoutent.

On ne saurait disconvenir que le mercure ne soit, dans les maladies syphilitiques de l'iris, un remède souverain, mais la saine raison nous recommande cependant de ne pas détruire les organes par l'action des médicaments. C'est pour cette raison que chez les individus dont le canal intestinal est malade, ou très-irritable, il faut en user avec d'excessives précautions. Le deutochlorure sublimé est, sans contredit, un des plus puissants des mercuriaux, mais que de modération ne faut-il pas pour ne pas abîmer l'estomac!

On le prescrira en pilules de 1/10, 1/8. 1/6, 1/5 et 1/4 de grain, selon la force, l'âge et la santé de l'individu. En même temps on fera sur le front des frictions avec l'onguent mercuriel double, employé à la dose d'un gros à demi-once chaque fois, uni à l'opium ou aux extraits de belladone et de jusquiame.

Chaussier, Borda, Parent de Picpus, ont constaté l'action du cyanure de mercure, pris en pilule ou en solution.

Mais dans tout traitement mercuriel de quelque nature que ce soit, il faut insister sur la continuation des

remèdes, pour guérir radicalement la maladie, et ne point s'en tenir, comme font quelques personnes, au traitement palliatif, qui expose presque toujours à une récidive fâcheuse.

Dans les affections de peau compliquées d'iritis, il faut voir avec quel avantage MM. Biett, Cazenave et Schedel emploient le proto-iodure de mercure. Les succès obtenus par le premier de ces médecins dans son service à l'hôpital Saint-Louis, sont trop connus pour que je les rapporte ici, et plus d'un lecteur de cet article a été à même de les voir.

Qu'est-il besoin de parler de mon expérience en présence de tels faits? Il en est d'autres sur lesquels je l'invoquerai parce qu'ils en sont propres, et parce que, en général, les moyens sur lesquels ils sont basés, ne sont que peu ou pas employés. Je veux dire le traitement par les bains de vapeurs, par encaissement à demi-corps.

En 1820-21, pendant un séjour assez prolongé à Aix-les-Bains, où je m'étais rendu, pour me rétablir à la suite d'une grave maladie, j'avais eu de fréquents entretiens avec le respectable docteur Antoine Humbert-Despines, que je m'honore de compter au nombre de mes amis. Ce praticien avait observé à Aix-les-Bains que lors même que l'on pousse le mercure à des doses fort élevées, les malades n'éprouvent pas de salivation; ce fait remarquable ne pourrait être expliqué que par l'abondance des sueurs provoquées par les bains qui, ne permettant pas à ce métal de séjourner longtemps dans l'économie, l'empêchent d'y exercer une action délétère. Le docteur Constant Despines, dans un ouvrage récemment publié sur les eaux d'Aix, pense que l'action chimique des eaux qui transforment en sulfure le mercure et le soufre absorbés est un obstacle à la salivation.

Par analogie, je conçus l'idée de porter aux traitements des maladies des yeux de nature syphilitique les modifications suivantes :

1° Remplacer les eaux minérales naturelles par celles factices ou les bains dits de vapeur.

2° Administrer le mercure en vapeur, au moyen d'appareils convenables sur toute l'économie ou partiellement.

Les faits sont venus rapidement corroborer la théorie; ainsi, après avoir arrêté les phénomènes inflammatoires, je fais prendre des bains de vapeur humides à un corps par encaissement. Aussitôt que la peau a été convenablement préparée, je fais faire des fumigations de poudre mercurielle de Lalouette, employée à la dose d'un demi-gros à deux gros.

MM. Rapou, Monnet de Lyon, ont pu constater bon nombre de guérisons obtenues par ce moyen.

Au moyen d'un appareil qui m'est propre, je dirige, aussitôt que l'état chronique s'est prononcé, sur l'œil même, les vapeurs du mercure. Dans d'autres circonstances, j'emploie celles de cinabre ou de sulfure noir. J'engage donc les praticiens à employer ces divers moyens, ne fût-ce que pour épargner aux malades les effets pernicieux que le ptyalisme exerce sur la cavité buccale, et spécialement sur la membrane alvéolaire.

Deux mots encore.

Je ne puis passer sous silence l'action miraculeuse des préparations d'or, justement vantées, dans les syphilides dégénérées, par Chrétien, et que les expériences de Bourquenod de Montpellier, Duchamel et Legrand de Paris, rendent tout à fait concluantes.

Dans les cas rebelles, la tisane de Feltz de Gillman, et la solution de Fecoler, unies aux bains de mer, peuvent produire des merveilles.

Il reste maintenant à traiter les altérations organiques produites par les malaises.

Ce traitement, qui est commun à toutes les iritis possibles, formera un article spécial.

CARRON DU VILLARDS.

Du traitement de l'amaurose par la cautérisation de la cornée.

L'honorable professeur de la Pitié, M. le docteur Lisfranc, tire un grand parti de la cautérisation de la cornée appliquée au traitement de la mydriale et de l'amaurose; il regarde cette opération comme très-importante; elle constitue selon lui une médication dont l'activité thérapeutique est de beaucoup supérieure à toutes les autres, dans tous les cas où il s'agit d'exciter les nerfs de la cinquième paire, et en général tout l'appareil nerveux et vasculaire de l'œil; mais l'inconvénient de produire des ophthalmies a été cause qu'il n'y a eu recours qu'après avoir employé tous les autres moyens: cet inconvénient peut être évité en faisant des cautérisations plus étendues et moins profondes, ainsi que nous l'avons pratiqué sous ses yeux sur des malades qu'il a bien voulu nous confier : la cornée a été touchée successivement sur cinq à six points de la circonférence; l'injection nécessaire est arrivée, mais sans inflammation; chez l'un l'iris a repris sa mobilité sans amélioration pour la vue; et chez l'autre, celle-ci s'est améliorée en même temps que la pupille s'est retrécie et est devenue plus impressionnable. Il y a dans cette petite opération un *modus faciendi* que l'on ne peut bien comprendre que lorsqu'on l'a vue pratiquer ou que l'on s'est exercé préalablement sur les yeux des animaux. On peut blanchir avec le nitrate une grande partie et même la totalité de la cornée, sans produire d'inflammation, ni aucune altération durable dans sa transparence.

La cautérisation de la cornée d'une part, rend la vue en rendant à l'iris sa contractilité; et de l'autre, en produisant une puissante dérivation et même une fièvre artificielle à l'extérieur et à l'intérieur du bulbe oculaire : elle met en mouvement, en action tout son appareil nerveux et vasculaire, elle est suivie d'une abondante sécrétion de mucus nasal, de larmes, de douleurs sur la joue, sur le front; les vaisseaux capillaires s'engorgent, la pupille se resserre, la rétine devient plus impressionnable, les muscles agitent en tous sens le bulbe pour le soustraire à l'action de la lumière; chez quelques sujets on a remarqué des vomissements; ces phénomènes pathogénitiques attestent une réaction générale dans tout l'appareil oculaire, à la faveur de laquelle on comprend les effets thérapeutiques de l'opération, d'ailleurs si bien expliqués par la synergie anatomique de toutes les parties appelées à concourir à la perfection de cet admirable instrument d'optique.

Plus la réaction inflammatoire et nerveuse est intacte, plus est certain l'effet thérapeutique de l'opération; dans les cas graves, loin de redouter les phlegmasies, il faut chercher à la provoquer pour la combattre ensuite lorsqu'elle est bien établie; elle survient à la suite de l'escarre profonde, d'une manière presque infaillible,

et jamais à la suite de l'escarre étendue et superficielle.

On peut donc à volonté produire ou éviter l'inflammation. Je déclare ne l'avoir jamais vue survenir à la suite de cette opération, pratiquée selon mes principes, quoique la cornée ait été touchée sur plusieurs points à la fois.

Dans toutes les aberrations ou maladies de la vision dont la cause réside dans l'œil ou dans son voisinage, on pourra cautériser la cornée transparente dans sa circonférence avec probabilité de succès, surtout si la pupille est immobile et dilatée. On renouvellera cette opération aussi souvent qu'elle sera jugée nécessaire.

Voici une observation recueillie récemment à la clinique de M. Lisfranc, et dont nous devons la communication à M. Cambernon. Elle complétera ce que nous venons de dire, et fera mieux comprendre le mode d'action du traitement que nous préconisons.

Un opticien, de Paris, âgé de 38 ans, d'un tempérament sanguin, fort et pléthorique, entra à l'hôpital de la Pitié le 20 octobre dernier, et fut couché, dans le service de M. Lisfranc, salle Saint-Louis n° 31.

Cet homme avait commencé, au mois de mai précédent, à y voir d'une manière moins nette. Il avait la sensation de corps brillants répandus dans l'atmosphère, et les objets lui paraissaient entourés de brouillards, et souvent de cercles lumineux.

Il s'adressa à M. Goudret, qui lui fit appliquer sur la partie supérieure du front un vésicatoire avec la pommade ammoniacale : ce traitement continué pendant six semaines n'eût aucun résultat heureux ; l'amaurose augmenta de gravité, et enfin, il se décida à venir chez M. Lisfranc.

A son entrée, cet homme paraît jouir d'une bonne santé ; il est fort et robuste, mais il dénote par quelques actions et par quelques paroles une aliénation mentale déjà assez avancée. Il paraît que cette affection datait déjà de quelques années, et était antérieure au début de l'amaurose. Les paupières sont largement fendues, les cils bruns et bien plantés : le globe oculaire paraît bien conformé, et l'œil est d'un jaune fauve ; la pupille est très-dilatée, et ne paraît susceptible d'aucune contraction. Le malade n'y voit pas pour se conduire ; cependant, il a encore la sensation de l'obscurité ou de la clarté.

Après trois jours de séjour, M. Lisfranc cautérise, le 23 octobre, la conjonctive oculaire au niveau de la partie inférieure de la cornée transparente, dans une étendue de deux lignes à deux lignes et demi, avec un morceau de nitrate d'argent taillé en crayon.

Le lendemain, les conjonctives sont très-rouges, les vaisseaux muqueux très-dilatés, les yeux sont brillants ; des larmes coulent sur les joues : il y a une céphalalgie assez forte, le pouls est fréquent et développé.

On pratique une saignée de trois palettes, et l'on prescrit un collyre émollient, et des compresses imbibées sont appliquées sur les yeux.

Le 26 octobre, l'inflammation paraît un peu se calmer ; le malade souffre moins, il a moins de fièvre ; en regardant la pupille, elle paraît susceptible de contraction, et est moins dilatée. — Continuation du collyre émollient.

Le 28 octobre, l'inflammation conjonctivale est moindre ; les pupilles sont resserrées, et le malade commence à voir un peu plus clairement.

Le 30 octobre, l'ophthalmie a presque cessé, et les pupilles reviennent sur elle-même : le malade y voit mieux, et il distingue même le nombre des doigts qu'on lui présente.

Le 15 novembre, le mieux se maintient et augmente ; l'ophthalmie a cessé ; les pupilles sont resserrées, et le malade distingue bien les doigts et différents objets qu'on lui offre. Il peut marcher dans les salles et les cours sans danger.

Le 15 décembre, le malade sort : il peut se conduire ; il reconnaît les objets, mais il ne peut encore lire : du reste, l'état du cerveau empêche la guérison d'être plus parfaite ; les pupilles sont contractiles et peu dilatées.

Nous serons à même, sous peu de temps, de publier un travail complet sur cette méthode qui nous est propre, et qui, nous le croyons, est appelée à rendre de grands services dans certains cas spéciaux d'amaurose.

SERRE.

CHIMIE ET PHARMACIE.

Note sur la préparation de l'iode et du brome; par M. BUSSY.

Le procédé d'extraction de l'iode, généralement suivi, et qui consiste à décomposer les eaux-mères des soudes de varec, au moyen de l'acide sulfurique concentré, est, comme on l'a reconnu depuis longtemps, sujet à donner des résultats très-variables en raison de ce qu'une portion de l'iode, passe souvent à la distillation, soit à l'état d'acide iodhydrique, soit à l'état de chlorure d'iode, et que, dans l'un et dans l'autre cas, il en résulte toujours une perte assez notable dans la quantité du produit.

Pour éviter cet inconvénient, on avait proposé de précipiter l'iode des eaux-mères, au moyen de sulfate de cuivre, et de décomposer ensuite l'iodure de cuivre par le peroxyde de manganèse, à une température élevée. Mais ce procédé exige des soins très-minutieux et beaucoup de précautions, lorsqu'on tient à retirer la totalité de l'iode qui existe dans les eaux-mères, et nous ne pensons pas qu'il ait été jamais employé dans aucune fabrique.

Ces motifs nous engagent à faire connaître un procédé beaucoup plus simple, qui est employé depuis peu de temps par quelques fabricants d'iode ; il a été découvert (si nous sommes bien informés) par M. Barruel, chef des travaux chimiques à la faculté de médecine ; il consiste à précipiter l'iode des eaux-mères de varec, au moyen d'un courant de chlore.

On prend pour cela les eaux-mères de soude de varec. On les évapore à siccité, on ajoute au résidu de l'évaporation un dixième de son poids de peroxyde de manganèse en poudre, on mélange exactement les deux substances, et l'on chauffe le mélange au rouge-brun naissant, dans une chaudière de fer, en agitant fréquemment. Cette calcination a pour objet de faire passer à l'état de sulfate les sulfures et hyposulfites, qui sont en grande quantité dans les eaux-mères. Il est très-facile de reconnaître que ces composés sont transformés en sulfates, en prenant une petite quantité de la matière calcinée, versant dessus de l'acide sulfurique en excès. Elle ne doit donner, lorsque la transforma-

tion est complète, ni dégagement d'hydrogène sulfuré, ni dépôt de soufre.

Si, pendant la calcination, on voyait se dégager des vapeurs violettes, il faudrait modérer l'action de la chaleur, pour éviter la déperdition de l'iode.

Lorsque les surfures sont entièrement décomposés, on dissout le résidu dans l'eau, en quantité suffisante, pour obtenir une dissolution à 36° de l'aréomètre.

On fait alors passer dans cette dissolution un courant de chlore gazeux, en ayant soin d'agiter continuellement avec un tube de verre; la liqueur se colore fortement, se trouble ensuite, et laisse déposer l'iode sous forme de poudre noire; on le recueille et on le distille dans une cornue en verre, afin de l'obtenir cristallisé, ainsi qu'on le trouve dans le commerce. La seule difficulté que présente cette préparation, est de bien saisir le point où l'on doit arrêter l'action du chlore, afin de n'en pas faire passer un excès qui réagirait sur l'iode précipité. Cet excès de chlore est surtout à craindre lorsque l'on veut extraire des mêmes eaux-mères le brôme qu'elles renferment.

Il convient, pour éviter d'ajouter un excès de chlore, de laisser déposer un instant la liqueur, lorsqu'on croit être près du point de saturation, d'interrompre le courant du chlore, et de diriger le gaz sur la surface du liquide; tant qu'il contient encore de l'iodure en dissolution, on voit se former sur cette surface une pellicule d'iode; le même effet n'a plus lieu lorsque tout l'iode est précipité : dans ce dernier cas, la liqueur s'éclaircit promptement et ne conserve plus qu'une légère teinte rougeâtre.

L'extraction du brôme, telle qu'on la pratique ordinairement, présente aussi de grandes difficultés que l'on peut éviter par le procédé suivant.

Ce procédé a la plus grande analogie avec le précédent; il est fondé comme lui sur la plus grande affinité du chlore, et sur la propriété qu'il possède de déplacer le brôme de ses combinaisons. Il permet en outre d'utiliser les eaux-mères d'iode, qui jusque-là étaient restées sans emploi. On prend les eaux-mères de soude de varec après en avoir précipité l'iode par le chlore, comme nous venons de l'indiquer. Ces eaux-mères renferment du brôme qui s'y trouve à l'état de bromure métallique, lorsqu'on a eu soin, toutefois, de ne pas ajouter du chlore plus qu'il n'en faut rigoureusement pour précipiter tout l'iode. On ajoute, à mille deux cent cinquante parties de ces eaux-mères, trente-deux parties de peroxyde de manganèse en poudre, et vingt-quatre d'acide sulfurique ordinaire à soixante-six degrés. On verse le tout dans une cornue en verre tubulée, à laquelle se trouve adapté un ballon également tubulé, et à celui-ci un tube qui va plonger dans une éprouvette. La cornue et le ballon, ainsi que le ballon et le tube, doivent être rôdés l'un sur l'autre assez exactement, pour que l'appareil puisse être monté sans lut ni bouchons, qui seraient inévitablement détruits par l'action du chlore.

Tout étant ainsi disposé, on chauffe la cornue, de manière à porter le liquide à l'ébullition; le brôme se condense dans le ballon sous forme de stries huileuses rouges avec une petite quantité d'eau; on arrête l'opération lorsqu'il cesse de se produire des vapeurs rouges.

En chauffant légèrement le ballon, sans démonter l'appareil, on fera passer le brôme dans l'éprouvette, où il sera condensé par refroidissement.

Il ne faut rejeter les eaux-mères, qui ont servi à cette préparation, que lorsqu'on s'est assuré, par l'addition d'une nouvelle quantité d'acide sulfurique et d'oxyde de manganèse, qu'elles ne contiennent plus de brôme.

V.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

De l'emploi de la teinture de scille et de digitale à l'extérieur, dans l'hydrocèle et l'hydarthrose.

Personne ne révoque en doute aujourd'hui l'efficacité de la scille et de la digitale, dans les hydropisies; nous voulons seulement attirer l'attention des praticiens sur un nouveau mode d'administration de ces substances, et montrer leur efficacité dans les épanchements séreux circonscrits dans d'étroites cavités. Dans le courant d'octobre 1835, je fus consulté par un individu affecté d'une tumeur volumineuse et fluctuante, siégeant au genou droit. C'était une hydarthrose développée lentement sous l'influence d'une affection rhumatismale invétérée. J'eus l'idée de recouvrir la partie de compresses trempées dans un mélange à partie égale de teinture de scille et de digitale, étendu d'un poids égal d'eau commune; elles étaient renouvelées trois fois le jour, et recouvertes de taffetas ciré : au bout d'une semaine, il ne restait presque plus de trace d'épanchement. La guérison fut complète, au moyen d'une forte compression exercée par le bandage en 8 de chiffre. Une année s'est écoulée depuis lors, et la maladie ne s'est plus reproduite.

Dans le mois de juillet 1836, on me présenta un enfant âgé de quatre ans, atteint d'une hydrocèle non congéniale : mêmes fomentations diurétiques sur la tumeur. Quatre ou cinq jours après, la guérison était complète : une vingtaine de jours plus tard, l'épanchement s'était reproduit comme auparavant; je revins à l'emploi de la médication diurétique extérieure. Sous son influence, la résorption était complète au bout de peu de jours; j'appliquai alors un large vésicatoire sur le scrotum, espérant par ce moyen modifier la vitalité de la tunique vaginale, et prévenir tout épanchement ultérieur : mes prévisions ne s'accomplirent point, et un mois après, une nouvelle sérosité occupait la cavité vaginale. Le succès de la compression à la suite de l'emploi des diurétiques, dans l'observation d'hydarthrose précitée, me fit regretter de ne pouvoir appliquer le même moyen à l'hydrocèle de ce jeune enfant, lorsque je lus plus tard, dans votre estimable journal, la méthode qu'emploie M. Fricke pour comprimer le testicule enflammé; j'eus aussitôt l'idée d'appliquer la compression à hydrocèle, une fois que l'absorption de la sérosité aurait été opérée, au moyen des fomentations diurétiques. J'ai vu avec plaisir, dans le dernier numéro d'août, du *Bulletin de thérapeutique*, que M. Velpeau se livre à des essais analogues pour atteindre le même but. Il y arriverait sans douleur pour le malade, si au lieu de vider la tumeur avec le trocart, il déterminait l'absorption de la sérosité, au moyen de teinture de scille et de digitale appliquée à l'extérieur, et s'il comprimait ensuite, suivant le procédé de M. Fricke. Quoi qu'il en soit, dans l'observation précédente, sous l'influence de la médication diurétique, l'épanchement séreux a été résorbé avec une grande rapidité : il est vrai que la guérison n'a pas été durable. Toujours est-il que même, en ne produisant qu'une cure palliative, ce

moyen peut rendre encore quelques services. Ainsi, s'agit-il d'hydrocèles anciennes et très-volumineuses, chez des sujets avancés en âge, ou trop méticuleux pour se résoudre à la ponction de la tumeur? dans ces cas, les fomentations diurétiques pourront faire en peu de temps et sans douleur, ce qu'on a jusqu'ici attendu du trocart. S'agit-il encore d'une tumeur scrotale, sur la nature de laquelle on n'ose se prononcer; veut-on savoir si la tumeur est une simple hydrocèle, ou si elle se complique de sarcocèle, le même moyen éclaircira bientôt ce que le diagnostic avait d'obscur. Qui ne sait que les plus habiles chirurgiens ont porté plus d'une fois le trocart sur de prétendues hydrocèles, qui, dans le fond, étaient des dégénérescences squirrheuses ou autres du testicule? On conseille alors, il est vrai, d'enlever immédiatement et sans désemparer, le testicule malade; mais une opération aussi grave ne peut pas être faite à l'improviste, en quelque sorte, par tout le monde. Et d'ailleurs, est-il bien raisonnable d'enlever toujours, et sans exception, des tumeurs qui disparaîtraient peut-être sous l'influence d'un traitement médical? Comme moyen de diagnostic, on conseille une opération simple, facile il est vrai, mais qui n'est pas toujours sans danger, et qui aggravera certainement le mal, si l'instrument arrive, non pas dans une cavité remplie par un liquide, mais sur un organe éminemment sensible, soit par son organisation propre, soit surtout par l'altération dont il peut être le siège. Certainement, en piquant un tel organe, on fait juste tout ce qu'il faut pour rendre inévitable une opération grave. Combien ne vaudrait-il pas mieux donner la préférence à un moyen innocent, qui éclaircirait le diagnostic de la maladie, sans aggraver le danger de la position du malade?

Mais il s'en faut bien que les fomentations diurétiques ne produisent jamais qu'une guérison momentanée. L'observation suivante, tout en offrant un cas d'une cure durable, montrera les services qu'on peut en attendre, lorsque le diagnostic est obscur et incertain.

Il s'agit d'un vieillard âgé de 74 ans, qui vit se développer à la suite de travaux pénibles, une tumeur énorme, dans la partie droite du scrotum; appelé auprès du malade, je trouve qu'elle est presque du volume de la tête d'un fœtus à terme, rouge, douloureuse au toucher; elle se prolonge dans le canal inguinal, au moyen d'une sorte de pédicule volumineux; la peau est le siége d'un empâtement très-marqué, qui ne me permet pas de m'assurer s'il y a ou non fluctuation: point de vomissement, point de selle depuis trois jours; le malade m'apprend que depuis une année, une tumeur a paru en ce point, de la grosseur d'une petite orange; que ce n'est que depuis un jour qu'elle a acquis le volume qu'elle présente, que dans un temps elle aurait été réductible; ce dernier renseignement (dont la fausseté me fut démontrée par des rapports ultérieurs et plus positifs), joint au prolongement intra-inguinal de la tumeur, n'ajoute pas peu à mon embarras. Avais-je affaire à une hernie à l'état d'engouement? J'avouerai que telle fut ma première idée; je pratiquai inutilement le taxis: un laxatif huileux que je fis prendre au malade, amena quelques selles, sans produire aucun changement dans la tumeur. Ma manière de voir devait changer dès-lors. Devais-je voir là une simple orchite? Mais la tunique fibreuse du testicule n'aurait pas permis à cet organe d'acquérir si promptement un tel volume. Restait la supposition d'une hydrocèle ou d'une hœmatocèle. J'applique donc les fomentations diurétiques; 7 ou 8 jours après l'emploi de ce moyen la tumeur avait presque totalement disparu; il ne restait plus qu'une dureté formée par le testicule et le cordon hypertrophié ou dégénéré, du volume d'une très petite orange. Aujourd'hui 4 mois après ma dernière visite, l'épanchement ne s'est plus reproduit; et l'individu qui m'a présenté ce cas remarquable, se livre aux travaux des champs, comme par le passé: il ne reste aucune trace d'induration ni d'épanchement, aussi c'est surtout dans les cas où l'hydrocèle est récente, où elle est attaquée à son début, dans les cas où l'on peut soupçonner que l'épanchement est actif, dans les cas d'hœmatocèle, que la méthode diurétique extérieure produira de bons effets; différemment on ne doit attendre d'elle qu'une cure palliative.

Je ne sais, n'ayant aucune donnée à cet égard, jusqu'à quel point le même moyen pourrait être utile, dans l'hydropisie enkystée du cordon; dans les cas enfin où le testicule est converti en une masse de petits kystes séreux isolés, altération signalée par Abernetty sous le nom de sarcôme cystique. Ici la compression devrait certainement être jointe à la médication diurétique extérieure et compléter la guérison.

J. Coudray, D. M.
A Mazan (Vaucluse.)

JOURNAL DE PHARMACIE

ET

DES SCIENCES ACCESSOIRES.

JANVIER 1837.

RECHERCHES

Sur l'iodoforme, le chloro-iodoforme (proto-iodure de carbone), *le bromo-iodoforme* (bromure de carbone) *et le sulfoforme;*

Par A. Bouchardat,

Présentées à l'Académie des sciences le 24 octobre 1836.

De l'iodoforme.

Sérullas, qui découvrit l'iodoforme, le désigna d'abord sous le nom de *perhydriodure de carbone* (*Annales de Chimie et de Physique*, tome XXII, page 72, et tome XXV, page 311). M. Mitscherlich, en examinant ce composé (*ibid.*, tome XXXVII, page 84), a avancé qu'il ne contenait point d'hydrogène. Sérullas a depuis (*ibid.*, t. XXXIX, p. 225) adopté cette opinion : il admettait, d'après une analyse, qu'il contenait 2 atomes de carbone et 3 atomes d'iode; mais sa véritable nature fut démontrée par les expériences de M. Dumas (*ibid.*, tome LVI, page 113), qui prouva qu'il contenait de l'hydrogène, et qu'il devait être considéré comme un corps analogue à l'acide formique, et où l'oxygène est remplacé par de l'iode, et qu'il devait être représenté par la formule $I^3 H C^2$. Si la nature de ce corps est bien connue, nous verrons qu'il n'en est pas de même pour le corps découvert par Sérullas, et décrit d'abord par lui sous le nom de protohydriodure de carbone.

La préparation de l'iodoforme a également subi plusieurs modifications successives, mais toutes sont dues au génie persévérant de Sérullas : il le préparait d'abord en faisant agir le potassium, ou l'alliage d'antimoine et de potassium, sur la teinture alcoolique d'iode; il le prépara ensuite par l'action du chlorure d'iode sur une dissolution alcoolique de potasse, et il découvrit enfin qu'on pouvait l'obtenir avec facilité en mêlant, jusqu'à complète décoloration, de la potasse en dissolution alcoolique avec de la teinture alcoolique d'iode. Il pensait d'abord qu'il fallait employer de l'alcool concentré, puis il s'arrêta à de l'alcool à 35°.

L'expérience m'a démontré que ce degré de concentration n'était point nécessaire, et qu'il ne fallait qu'une faible proportion d'alcool pour empêcher la formation d'iodate de potasse. La préparation de l'iodoforme devient très-économique (car ce qui la rendait encore dispendieuse, c'est la grande quantité d'alcool qu'elle nécessitait pour dissoudre l'iode et la potasse) : il suffit, pour l'obtenir, d'ajouter successivement à l'alcool de l'iode, puis une dissolution aqueuse de potasse, et de bien remuer à chaque fois. La réaction s'opère avec un assez grand développement de chaleur; ce qui rend indispensable de n'ajouter l'iode et la solution de potasse que peu à peu. Pour 1 kilogramme d'iode, il ne faut guère plus de 8 onces d'alcool; l'iode se dissout avec facilité dans ces liqueurs faiblement alcooliques à la faveur de l'iodure de potassium, et l'iodoforme se dépose entièrement par le refroidissement : il suffit de le laver à l'eau distillée pour le priver d'iodure de potassium. Si on veut l'obtenir en belles paillettes jaunes, il faut le dissoudre dans l'alcool concentré bouillant; il cristallise par le refroidissement : 1 kilogramme d'iode me fournit 192gr,53 d'iodoforme, et le résidu peut être utilisé, ou pour en extraire l'iode ou pour le transformer en iodure de potassium. La théorie de cette opération n'est pas aussi simple qu'on pourrait le penser. Sérullas admettait que, par la réaction de la teinture alcoolique d'iode sur l'alcool de potasse, il se formait du *periodure de carbone* (iodoforme), de l'iodate de potasse et de l'iodure de potassium. Mitscherlich a montré qu'il ne se formait point d'iodate de potasse; il pense qu'au moment où l'on mêle les deux dissolutions alcooliques d'iode et de soude, l'iode se combine avec le sodium, et l'oxygène, devenu libre, se réunit à l'hydrogène de l'alcool, et forme de l'eau, tandis que le carbone de l'alcool se combine avec une autre portion d'iode et produit l'iodure de carbone. Voici la formule qui rendrait compte de cette réaction.

$$C^8 H^{12} O^2 + I^{20} + \dot{K}^4 = 4 I^5 C^2 + 4 I^2 K + 6 H^2 O.$$

Cette formule devait admettre une légère rectification par suite de la composition de l'iodoforme, elle devient alors :

$$C^8 H^2 O^2 + I^{16} \dot{K}^2 = 4 I^5 C^2 H + 2 I^2 K + 4 H^2 O.$$

L'expérience m'a démontré que cette formule ne devait pas être considérée comme la véritable, par les motifs suivants : 1° la quantité d'iodoforme obtenue est loin d'être égale à celle que cette formule indique, quel-

les que soient les précautions que l'on prenne pour ne point décomposer l'iodoforme naissant par un excès d'alcali; 2° tout le carbone de l'alcool ne se transforme pas en iodoforme comme cette formule le montre, mais il se produit en même temps du formiate de potasse, dont j'ai constaté la présence par les moyens connus dans le résidu, qui, d'après les formules précédentes, ne devrait consister qu'en iodure de potassium; 3° la production d'iodoforme est constamment accompagnée de production d'éther acétique; en réunissant ces données, on voit que la première action de l'iode sur l'alcool de potasse consiste à déterminer la formation d'éther acétique, d'iodure de potassium, et d'eau, comme l'indique la formule suivante :

$$C^8 H^{12} O^2 + I^4 + \dot{K}^2 = C^8 H^8 O^2 + 2 I^2 K + 2 H^2 O.$$

M. Dumas a annoncé, dans le mémoire cité, que l'action du chlore sur l'alcool, sans l'intermédiaire d'un alcali dans la fabrication du chloral, déterminait également la formation de l'éther acétique.

L'éther acétique étant formé, il se produit, par la réaction d'une nouvelle quantité d'iode et de potasse, de l'iodoforme, du formiate de potasse, de l'eau et de l'iodure de potassium, comme l'indique la formule suivante :

$$C^8 H^8 O^2 + \dot{K}^4 + I^{12} = 2 I^3 C^2 H + C^4 H^2 O^3 \dot{K} + 3 I^2 K + 2 H^2 O.$$

Tous les faits observés s'accordent parfaitement avec cette manière d'envisager cette intéressante réaction; mais la dernière formule doit encore subir une rectification pour s'accorder complètement avec les proportions de produits obtenus. En effet, nous avons vu que 1 kilog. d'alcool nous avait fourni 192gr.,53 d'iodoforme, et la formule précédente en accuserait encore une quantité beaucoup plus considérable. Voici la transformation qu'il faut lui faire subir d'après cette observation.

$$C^8 H^8 O^2 + \dot{K}^6 + I^{12} = C^2 H I^3 + C^6 H^3 O^4 1/2 \dot{K}^1 1/2 + 4 1/2 K I^2 + 2 H^2 O.$$

En calculant d'après cette formule la quantité d'iodoforme qu'un kilog. d'iode devrait fournir, on arrive au nombre 194gr., qui s'accordent avec ce que nous avons obtenu, autant que le comportent ces opérations.

Cette formule permettait encore une vérification que nous n'avons point négligée; en effet, les proportions d'iode et de potasse employée sont telles, qu'en se combinant mutuellement il y ait formation d'iodure de potassium sans excès d'iode ou de potasse. Ces atomes d'iode exigent 8 atomes de potasse, tandis que dans la première formule 16 atomes d'iode ne devraient exiger que 2 atomes de potasse, et dans la seconde 16 atomes d'iode ne demandaient que 6 atomes de potasse.

On peut substituer dans la préparation de l'iodoforme l'éther sulfurique ou l'éther acétique à l'alcool; avec l'éther acétique on obtient une proportion plus grande d'iodoforme; avec l'éther sulfurique il est difficile d'éviter la formation d'iodate de potasse.

On sait que l'acétone fournit du chloroforme en plus grande proportion que n'en donne l'alcool; il était naturel de s'assurer s'il en serait de même de l'iodoforme; je n'en ai point obtenu par cette réaction; il n'y a cependant point eu formation d'iodate de potasse, il s'est déposé un produit poisseux, noirâtre, soluble dans l'alcool, insoluble dans l'eau, qui se décompose par la chaleur.

L'iodoforme, mêlé avec un poids égal au sien d'oxide rouge de mercure, se décompose avec violence si on introduit 20 gr. du mélange dans une petite cornue de verre, il suffit de la plus légère application de la chaleur pour que la réaction continue d'elle-même avec rapidité et une grande élévation de température; il distille de l'eau rendue acide par l'acide formique, il se forme de l'acide carbonique, et un mélange de proto, et de deuto-iodure de mercure.

La grande proportion d'iode que contient l'iodoforme sa combinaison avec l'hydrogène et le carbone, qui en rendent l'assimilation plus facile, font penser que ce produit deviendra un médicament précieux lorsqu'on voudra administrer l'iode à l'intérieur dans les cas de scrophules ou d'engorgements lymphatiques: j'ai composé des pastilles fort agréables qui en contiennent un grain par pastille; on peut l'administrer en pilule, ou dans une potion appropriée à la dose d'un ou deux grains.

Du chloro-iodoforme.

Ce produit fut découvert par Sérullas, qui lui donna d'abord le nom de *protohydriodure de carbone;* puis, d'après l'observation de Mitscherlich, il admit qu'il ne contenait point d'hydrogène, et qu'on devait le considérer comme un *proto-iodure de carbone*, formé d'un atome d'iode et d'un atome de carbone. Il le préparait d'abord en chauffant le perchlorure de phosphore avec l'iodoforme. Mitscherlich substitua le bichlorure de mercure au perchlorure de phosphore. Sérullas adopta depuis cette substitution, et il vit également qu'on pouvait employer les deux chlorures de mercure, ceux de plomb et d'étain, qu'ils donnaient les mêmes résultats que le chlorure de phosphore, dont il abandonna l'emploi trop incommode.

Nous avons obtenu ce produit par tous les procédés décrits par Sérullas. En chauffant doucement parties égales de bichlorure de mercure ou de perchlorure de phosphore et d'iodoforme dans une petite cornue, il passe un liquide d'une très-belle couleur rouge foncé, qu'on décolore au moyen de l'eau de potasse, qu'on purifie en le mettant en contact avec l'acide sulfurique, au fond duquel il se rassemble, et qu'on obtient tout-à-fait pur en le distillant de nouveau. C'est un liquide très-légèrement ambré qui à l'air se colore en rose; il a une odeur aromatique qui se rapproche beaucoup de celle du chloroforme; il partage également sa saveur sucrée, mais il s'en distingue facilement par sa pesanteur spécifique, qu'un évaluation approximative nous fait porter à 1,96.

Chauffé avec une dissolution concentrée de potasse, il se décompose plus facilement que ne fait le chloroforme, surtout si on a soin de le dissoudre dans un peu d'alcool; le produit de la transformation consiste en iodure et chlorure de potassium, et en formiate de potasse.

Je pensais d'après cela que le liquide obtenu était un mélange de chloroforme, d'idioforme et d'iode, je m'assurai que le chloroforme dissolvait l'iode et l'idioforme et prenait également une belle couleur rouge, mais l'idioforme se sépare en partie par le refroidissement du liquide, l'iode en excès est séparé complétement par la potasse: et quelles que soient les précautions que l'on prenne, les proportions de matière que l'on emploie, on ne parvient jamais à obtenir après la purification

par la potasse un mélange qui se précipite au fond de l'acide sulfurique concentré, comme le fait le produit obtenu par la réaction de l'idioforme sur les chlorures. C'est donc une combinaison où les éléments qui le composent sont disposés d'une manière particulière. D'après la décomposition du chloro-iodoforme en chlorure et iodure de potassium et formiate de potasse, il est très-probable qu'il appartient au même genre que le chloroforme, et le point le plus important de son analyse est la détermination des proportions relatives de chlore et d'iode. Pour cela j'ai décomposé le chloro-iodoforme dans un tube fermé d'un bout, rempli de chaux caustique exempte de chlorure, et chauffé au rouge avec les précautions convenables. Je transformais les iodure et chlorure de calcium en iodure et chlorure d'argent, que je séparais au moyen de l'ammoniaque, je les pesais après les avoir fondus dans une petite capsule. Voici les résultats de trois expériences.

	I.	II.	III.
Iodure d'argent.	0,362	0,69	0,252
Chlorure d'argent.	0,35	0,67	0,261
	0,712	1,36	0,513

ce qui donne en centièmes.

	I.	II.	III.
Iodure d'argent. . . .	50,85	50,73	49,13
Chlorure d'argent. . . .	49,15	49,27	50,87

ce qui s'accorde très-bien avec les proportions suivantes :

1 atome d'iodure d'argent. . . .	2931,106	50,37
2 atomes de chlorure d'argent. . .	2888,316	49,63
	5819,422	100

Il était superflu peut-être, d'après la décomposition si nette du chloro iodoforme en formiate de potasse et en chlorure et iodure de potassium, de rechercher le poids du carbone et de l'hydrogène ; nous avons cru cependant qu'il ne serait pas sans intérêt de le faire. Les analyses ont été effectuées par les procédés et avec les précautions énoncées dans les mémoires de Liébig et de M. Dumas sur le chloroforme.

2,01 de matière ont formé 0,43 d'acide carbonique et 0,90 d'eau. Ce qui donne en centièmes :

Carbone.	6,01
Hydrogène.	0,50
Chlore et iode. . . .	93,49

1 gramme de matière également purifiée nous a donné 0,204 d'acide carbonique, et 0,47 d'eau. Ce qui nous donne en centièmes :

Carbone.	5,98
Hydrogène.	0,52
Chlore et iode. . . .	93,50

Ces divers résultats assignent évidemment au chloro-iodoforme la formule suivante : $C^2\ H\ Cl^2\ I$; elle donne les nombres suivants, qui se rapprochent beaucoup de ceux que nous avons obtenus :

C^2	76,52	5,82
H	6,25	0,47
Cl^2	442,650	33,67
I	789,145	60,04
	1314,565	100

Le chloro-iodoforme qui nous avait servi dans toutes nos analyses, avait été obtenu par l'action du chlorure de phosphore sur l'iodoforme, et tout nous portait à croire que sa composition était rigoureusement déterminée ; mais, quand on contrôle les travaux des grands maîtres, il faut plutôt répéter ses expériences dix fois qu'une ; j'ai donc cru prudent de recommencer l'analyse du chloro-iodoforme obtenu par la réaction de l'iodoforme sur le bichlorure de mercure ; j'ai analysé les produits obtenus en mélangeant parties égales des deux corps, ou en doublant et quadruplant la proportion de bichlorure ; j'ai toujours obtenu un corps liquide qui se précipitait au fond de l'acide sulfurique, et d'une composition toujours analogue, mais qui s'éloignait beaucoup, pour les rapports de l'iode et du chlore, du liquide qui avait servi à mes premières analyses. Voici les nombres obtenus dans trois analyses :

	I.	II.	III.
Iodure d'argent. . . .	0,61	0,18	0,30
Chlorure d'argent. . . .	1,62	0,46	0,79
	2,23	0,64	1,09

ce qui donne aux centièmes :

Iodure d'argent. . . .	27,36	28,12	27,52
Chlorure d'argent. . .	72,64	74,88	71,48

Ce nombres ne correspondent à aucune formule rationnelle, et cependant nous sommes convaincus, par tous les essais comparatifs que nous avons entrepris, que nous n'avions point affaire à un mélange en proportion variable de chloroforme et d'iodoforme, mais bien à une combinaison particulière où les éléments sont condensés d'une manière spéciale; d'après cela, il paraît certain que le chlore peut se substituer à l'iode en proportions variables pour constituer une combinaison du même genre ; la formule de ce composé ne doit subir de variations que pour le corps électro négatif. C'est toujours le principe formique $C^2\ H$ qui se combine avec trois atomes du principe électro-négatif, ou chlore, ou iode, de manière que, sous l'influence des bases, il se produise du formiate mêlé d'iodure et de chlorure. Cette substitution du chlore à l'iode est tout-à-fait semblable à la substitution des corps isomorphes les uns aux autres ; c'est ainsi que l'oxide ferrique se substitue en proportions variables à l'alumine ; c'est ainsi que l'acide arsenique remplace en proportions non définies l'acide phosphorique, etc.

C'est de l'isomorphime dans un composé organique, qui cependant ne cristalline point. Ces divers corps sont liés entre eux par des propriétés au moins aussi importantes qu'une même forme cristalline.

Du bromo-iodoforme.

Ce corps fut découvert par Sérullas (*Annales de Chimie et de Physique*, tom. XXXIV) : il le nomma d'abord *hydrocarbure de brôme ;* il adopta depuis le nom de *bromure de carbone* (*ibid.*, tom. XXXIX, pag. 225); il préparait ce corps en versant dans une éprouvette très-alongée deux parties de brôme et une partie d'iodoforme. J'ai vu que la proportion de brôme est beaucoup trop considérable et peut être réduite au moins de moitié. Il n'est pas nécessaire de convertir l'iode en bromure d'iode ; il vaut mieux le séparer ou par décantation ou à

l'aide d'une solution de potasse : il est vrai qu'il se forme de l'iodate de potasse qui se trouve mélangé avec le corps liquide que l'on veut obtenir, mais on les sépare facilement par des lavages et des décantations ménagées. Le corps se purifie comme le chloro-iodoforme, et il lui ressemble beaucoup, comme l'avait remarqué Sérullas. D'après les caractères de ce liquide et les réactions qui l'avaient produit, je pensais qu'il était identique avec le *bromoforme*, qui a été décrit et analysé par M. Dumas; mais les caractères suivants nous montrent qu'il n'en est pas ainsi. Bouilli avec une dissolution concentrée de potasse, il se convertit en formiate de potasse et en iodure et bromure de potassium. J'ai procédé à l'analyse de ce liquide par les mêmes moyens que j'avais employés pour le chloro-iodoforme, en faisant passer le liquide volatilisé sur de la chaux chauffée au rouge, et j'obtins constamment un mélange de bromure et d'iodure.

On pourrait penser, d'après ce qui est dit plus haut, que le brôme avait été trop ménagé, et que l'iodoforme se trouvait en excès en dissolution dans le bromoforme; mais je me suis assuré qu'il n'en était pas ainsi, j'ai ajouté un grand excès de brôme dans le bromo-iodoforme : il s'y dissout très-bien, en conservant sa couleur, et sans séparer la moindre trace d'iode; l'action d'élimination du brôme s'arrête à un point qu'il ne peut plus dépasser, et une fois le bromo-iodoforme produit, il n'a plus d'action sur lui.

La détermination des proportions rigoureuses de brôme et d'iode par les sels d'argent est encore plus difficile que celle du chlore et de l'iode, car il s'en faut que le bromure d'argent soit aussi soluble dans l'ammoniaque que le chlorure; si on force la quantité d'ammoniaque, on dissout de l'iodure; si on le ménage, on laisse du bromure mêlé à l'iodure. Nous avons répété un grand nombre de fois cette séparation, et sur des mélanges artificiels et sur le résultat de l'action du bromo-iodoforme sur la chaux caustique chauffée au rouge. Voici les nombres qui nous ont été donnés par trois analyses, où nous avions pris toutes les précautions dont ce procédé imparfait est susceptible ?

	I.	II.	III.
Iodure d'argent. . . .	0,305	1,684	0,662
Bromure d'argent. . . .	0,12	0,645	0,31
	0,425	2,329	0,972

Ce qui donne en centièmes les nombres suivants :

Iodure d'argent. . . .	71,60	72,30	68,11
Bromure d'argent. . . .	28,40	27,70	31,89
	100	100	100,00

Les nombres des analyses 1 et 2 s'accordent assez bien avec la formule :

$2\ I^2\ Ag.$	5862,212	71,56
$Br^2\ Ag.$	2329,913	28,44
		100

La formule du bromo-iodoforme deviendrait alors $C^2\ H\ I^2\ Br$; mais nous devons dire, comme pour le chloro-iodoforme, qu'il est très-probable que des quantités variables de brôme peuvent se substituer à des quantités proportionnelles d'iode, comme les corps isomorphes se substituent les uns aux autres.

Du sulfoforme.

Lorsqu'on fait bouillir avec une solution alcoolique de potasse un excès de soufre, il se forme un polysulfure de potassium qui laisse déposer par le refroidissement des paillettes jaunâtres, qui ont bien quelque ressemblance extérieure avec l'iodoforme : ce produit n'est point le sulfoforme, c'est du soufre qui retient quelques traces de matière organique.

L'iodoforme, chauffé avec du polysulfure de potassium, se détruit sans fournir de sulfoforme.

Du chloroforme en dissolution alcoolique ne réagit pas sur une dissolution alcoolique d'hydrosulfate de sulfure de sodium. Je chauffai du formiate de chaux avec du sulfure de chaux, dans l'espérance que l'oxygène de l'acide formique serait remplacé par du soufre qui donnerait naissance au sulfoforme ; mon espoir fut encore trompé, je ne fus pas plus heureux en chauffant de l'acétate de chaux avec du sulfure de chaux ou du sulfure de mercure : cependant les conditions, pour que la combinaison s'effectue, sont favorables ; du soufre se rencontre avec de l'acétone à l'état naissant.

Voici comment je réussis à obtenir la combinaison que je cherchais à produire : je fis un mélange de 60 grammes de sulfure de mercure rouge et de 20 grammes d'iodoforme; tout fut introduit dans une petite cornue de verre, et je chauffai très-légèrement la cornue, dont le col était engagé dans un récipient refroidi. Dès que l'action est commencée, il faut retirer la lampe à esprit-de-vin de dessous la cornue et ne plus chauffer qu'avec beaucoup de ménagements; il distille de l'iodure de mercure jaune mêlé d'iodoforme, et il passe quelques gouttes d'eau d'un liquide jaune-orange, qui est le sulfoforme ; si les produits ne sont point parfaitement secs, il est surnagé par un peu d'eau.

Le sulfoforme se présente sous l'aspect d'une huile jaunâtre pesante, qui se précipite au fond de l'acide sulfurique, il se dissout dans l'alcool et dans l'éther, il est peu soluble dans l'eau, à laquelle il communique cependant une saveur sucrée aromatique. Il se distingue du sulfure de carbone par sa densité, qui est beaucoup plus considérable, par son odeur, qui est très-différente. Il a une odeur à la fois sulfureuse et aromatique, il possède cette saveur sucrée si intense propre à ses congénères, et il est loin d'avoir leur stabilité; lorsqu'on veut le purifier par l'acide sulfurique, il se détruit peu à peu par le contact avec cet acide; sous l'influence des alcalis il se transforme facilement en sulfure et en formiate; c'est ce caractère qui m'a déterminé à le considérer comme du sulfoforme.

Je n'ai point confirmé ces résultats par une analyse élémentaire, par la difficulté que j'ai éprouvée à obtenir et surtout à purifier une quantité notable de produits, 100 grammes d'iodoforme m'ont à peine fourni un gramme de sulfoforme non purifié, et il m'a paru que le corps que j'ai obtenu retenait une certaine proportion d'iode, de même que le chloro-iodoforme, et que le nom de sulfo-iodoforme serait plus convenable que celui de sulfoforme; si je trouve un procédé plus économique et plus sûr pour le préparer, je comblerai cette lacune.

Il est probable qu'on obtiendrait le phosphoforme et l'arsenioforme en chauffant le phosphure et l'arseniure de mercure avec l'iodoforme.

J'ai fait quelques recherches dans le but de préparer le

cyanoforme que je dois rapporter, quoiqu'elles soient restées infructueuses, parce qu'elles nous feront connaître quelques propriétés de l'iodoforme et du chloroforme.

Le chloroforme n'est point décomposé ni par le cyanure de potassium, ni par le cyanure d'argent ou de mercure, soit qu'on le chauffe avec ces corps, soit qu'on dissolve, ou le cyanure de potassium ou de mercure, dans une dissolution alcoolique de chloroforme.

Si on chauffe à la lampe une petite cornue contenant un mélange d'iodoforme, ou avec le cyanure d'argent ou avec le cyanure de mercure; il se produit une vive réaction qui se continue d'elle-même, on recueille dans le récipient des cristaux blancs légers d'iodure de cyanogène, qui sont bientôt mêlés d'iodure de mercure quand on a employé ce cyanure. Il se pourrait que le cyanoforme fût un des produits de l'huile non purifiée d'amandes amères; mais les essais que j'ai faits pour l'isoler de cette huile ont été infructueux.

Résumé.

1° L'iodoforme se prépare tout aussi bien avec l'alcool faible qu'avec l'alcool concentré.

2° L'iode, en réagissant sur l'alcool de potasse, détermine d'abord la formation d'éther acétique; la réaction continuant, il se produit pour un demi-atome d'iodoforme un atome et demi de formiate de potasse.

3° On peut dans la préparation de l'iodoforme, substituer l'éther sulfurique, ou mieux l'éther acétique, à l'alcool, mais l'acétôme n'en fournit pas.

4° Le corps, que Sérullas a décrit sous le nom de *proto-iodure de carbone*, contient de l'hydrogène et du chlore; c'est un chloro-iodoforme représenté par la formule $C^2 H Cl^2 I$.

5° Le chlore, dans les composés de ce genre, peut se substituer à l'iode en proportion non définie, comme les corps isomorphes se substituent les uns aux autres dans les composés inorganiques.

6° Le corps que Sérullas a décrit sous le nom de *bromure de carbone* est un bromo-iodoforme, dont la formule est $C_2 H I^2 Br$.

7° On obtient le sulfoforme en faisant réagir trois parties de sulfure de mercure sur une partie d'iodoforme, c'est un corps huileux jaunâtre, plus dense que l'acide sulfurique.

NOTE

Sur le rita *de l'Indostan, fruit savonneux, etc.;*

Par J.-J. Virey.

La saponine existe non-seulement dans plusieurs écorces et racines de divers végétaux, comme l'ont fait voir M. Bussy et d'autres chimistes, elle se trouve abondamment, surtout dans le péricarpe du fruit des *sapindus*, genre d'arbres de la famille naturelle des savonniers ou sapindacés. Elle s'emploie pour nettoyer les étoffes fines et précieuses, tels que les schals, et les frippe moins que le savon ordinaire, car son mucilage semble ajouter du liant et du moelleux à leurs tissus.

Nous avons reçu quelques-uns de ces fruits de sapindacé de l'Indostan, sous le nom de *rita;* ils paraissent analogues à ceux que Rouyer avait rapportés de l'expédition d'Égypte sous le nom de *rite*, et qui offrent, dans leur forme arrondie, du volume d'une cerise, trois angles obtus (1), ils ont une pellicule fauve, ridée par la dessiccation; leur intérieur, d'où un noyau noir, dur, a été extrait, laisse l'espace vide, et ne présente qu'une surface luisante d'une matière grise ou brune, comme serait de la gélatine desséchée; c'est la chair ou le péricarpe du fruit. Cette matière se ramollit et se fond dans l'eau bouillante surtout; elle la rend mucilagineuse et mousseuse par l'agitation. C'est la vraie saponine, qui constitue à l'état frais tout le parenchyme de ce drupe. Il suffit d'écraser ces fruits dans l'eau et d'en frotter les étoffes pour les nettoyer.

Le *sapindus saponaria*, dans les contrées chaudes de l'Amérique, a des fruits, comme des écorces et des racines, savonneuses, employées à cet usage. Mais le rita des Indes appartient à une autre espèce, soit au *sapindus laurifolius* ou à l'*indicus*, etc., de même le *riteh* des Égyptiens est également originaire de l'Inde. Il en existe une autre espèce, dont les fruits sont mangeables, quoique de saveur fade.

Les médecins, dans l'Inde, comme en d'autres contrées, appréciant la qualité savonneuse de ces fruits, ont cru devoir en recommander l'emploi contre les affections du foie et les obstructions, par la même raison que l'on fait usage du savon médicinal dans les mêmes maladies. Ainsi, l'ictère, les affections des reins et autres qui exigent des médicaments alcalins, ont paru soulagés par ces sortes de fruits savonneux; toutefois leur utilité reste encore problématique.

Les noyaux de ces fruits, recevant un beau poli, s'emploient comme grains de chapelet et de collier.

NOTE

Sur la préparation de l'iode et du brôme;

Par M. Bussy.

Le procédé d'extraction de l'iode généralement suivi, et qui consiste à décomposer les eaux-mères des soudes de varec au moyen de l'acide sulfurique concentré, est, comme on l'a reconnu depuis longtemps, sujet à donner des résultats très-variables en raison de ce qu'une portion de l'iode passe souvent à la distillation, soit à l'état d'acide iodhydrique, soit à l'état de chlorure d'iode, et que, dans l'un et dans l'autre cas, il en résulte toujours une perte assez notable dans la quantité du produit.

Pour éviter cet inconvénient, M. Soubeiran avait proposé de précipiter l'iode des eaux-mères au moyen du sulfate de cuivre, et de décomposer ensuite l'iodure de cuivre par le peroxide de manganèse à une température élevée (2). Mais ce procédé exige des soins très-minutieux et beaucoup de précautions lorsqu'on tient à retirer la totalité de l'iode qui existe dans les eaux-mères, et nous ne pensons pas qu'il ait été jamais employé dans aucune fabrique.

Ces motifs nous engagent à faire connaître un pro-

---

(1) *Bulletin de pharmacie*, tom. II, p. 411, par M. Rouyer, pharmacien de l'empereur, membre de la commission d'Égypte.

(2) Journal de pharmacie, t. XIII, p. 427.

cédé beaucoup plus simple, qui est employé depuis peu de temps par quelques fabricants d'iode; il a été découvert (si nous sommes bien informés) par M. Barruel, chef des travaux chimiques à la faculté de médecine, il consiste à précipiter l'iode des eaux-mères de varec au moyen d'un courant de clore.

On prend pour cela les eaux-mères de soude de varec. On les évapore à siccité, on ajoute au résidu de l'évaporation un dixième de son poids de peroxide de manganèse en poudre, on mélange exactement les deux substances, et l'on chauffe le mélange au rouge-brun naissant, dans une chaudière de fer, en agitant fréquemment. Cette calcination a pour objet de faire passer à l'état de sulfate les sulfures et hyposulfites, qui sont en grande quantité dans les eaux-mères. Il est très-facile de reconnaître que ces composés sont transformés en sulfates en prenant une petite quantité de la matière calcinée, versant dessus de l'acide sulfurique en excès. Elle ne doit donner, lorsque la transformation est complète, ni dégagement d'hydrogène sulfuré ni dépôt de soufre.

Si pendant la calcination on voyait se dégager des vapeurs violettes, il faudrait modérer l'action de la chaleur pour éviter la déperdition de l'iode.

Lorsque les sulfures sont entièrement décomposés, on dissout le résidu dans l'eau en quantité suffisante pour obtenir une dissolution à 36° de l'aréomètre.

On fait alors passer dans cette dissolution un courant de chlore gazeux, en ayant soin d'agiter continuellement, avec un tube de verre; la liqueur se colore fortement, se trouble ensuite, et laisse déposer l'iode sous forme de poudre noire; on le recueille et on le distille dans une cornue en verre, afin de l'obtenir cristallisé, ainsi qu'on le trouve dans le commerce. La seule difficulté que présente cette préparation est de bien saisir le point où l'on doit arrêter l'action du chlore, afin de n'en pas faire passer un excès qui réagirait sur l'iode précipité. Cet excès de chlore est surtout à craindre lorsque l'on veut extraire des mêmes eaux-mères le brôme qu'elles renferment.

Il convient, pour éviter d'ajouter un excès de chlore, de laisser déposer un instant la liqueur lorsqu'on croit être près du point de saturation, d'interrompre le courant de chlore, et de diriger le gaz sur la surface du liquide; tant qu'il contient encore de l'iodure en dissolution on voit se former sur cette surface une pellicule d'iode; le même effet n'a plus lieu lorsque tout l'iode est précipité; dans ce dernier cas, la liqueur s'éclaircit promptement et ne conserve plus qu'une légère teinte rougeâtre.

L'extraction du brôme, telle qu'on la pratique ordinairement, présente aussi de grandes difficultés que l'on peut éviter par le procédé suivant.

Ce procédé a la plus grande analogie avec le précédent; il est fondé comme lui sur la plus grande affinité du chlore et sur la propriété qu'il possède de déplacer le brôme de ses combinaisons. Il permet en outre d'utiliser les eaux-mères d'iode, qui jusque-là étaient restées sans emploi. On prend les eaux-mères de soude de varec après en avoir précipité l'iode par le chlore, comme nous venons de l'indiquer. Ces eaux-mères renferment du brôme qui s'y trouve à l'état de bromure métallique lorsqu'on a eu soin toutefois de ne pas ajouter du chlore plus qu'il n'en faut rigoureusement pour précipiter tout l'iode. On ajoute, à mille deux cent cinquante parties de ces eaux-mères, trente-deux parties de peroxide de manganèse en poudre, et vingt-quatre d'acide sulfurique ordinaire à soixante-six degrés. On verse le tout dans une cornue en verre tubulée, à laquelle se trouve adapté un balon également tubulé, et à celui-ci un tube qui va plonger dans une éprouvette. La cornue et le ballon, ainsi que le ballon et le tube, doivent être rôdés l'un sur l'autre assez exactement pour que l'appareil puisse être monté sans lut ni bouchons, qui seraient inévitablement détruits par l'action du chlore.

Tout étant ainsi disposé, on chauffe la cornue de manière à porter le liquide à l'ébullition; le brôme se condense dans le balon sous forme de stries huileuses rouges avec une petite quantité d'eau; on arrête l'opération lorsqu'il cesse de se produire des vapeurs rouges.

En chauffant légèrement le balon sans démonter l'appareil, on fera passer le brôme dans l'éprouvette, où il sera condensé par refroidissement.

Il ne faut rejeter les eaux-mères, qui ont servi à cette préparation, que lorsqu'on s'est assuré, par l'addition d'une nouvelle quantité d'acide sulfurique et d'oxide de manganèse, qu'elles ne contiennent plus de brôme.

Sur l'oxide rouge et l'oxide blanc de phosphore;

Par G.-J. Mulder, lecteur à l'école clinique de Rotterdam.

Pelouze (1) prend la croûte blanche qui couvre les vieux cylindres de phosphore pour un hydrate, et M. Rosé (2) ne la considère différente du phosphore ordinaire que par son état d'aggrégation. La poudre rouge, qui couvre quelquefois le phosphore, se prépare en faisant passer un courant de gaz oxygène sur du phosphore fondu sous l'eau chaude, dans laquelle opération le phosphore s'unit à ce gaz en répandant de la lumière et en développant de la chaleur. Il est dont constaté que la poudre rouge est un oxide.

Il y a quelque temps que je reçus quelques cylindres de phosphore, qui étaient conservés depuis une trentaine d'années dans le même flacon découvert exposé à la lumière. Leur surface était entièrement blanche, et couverte d'une couche de cette matière blanche d'environ un millimètre d'épaisseur. Je remis ces cylindres dans un autre flacon rempli d'eau distillée pure, et ce fut non sans surprise que, le jour suivant, je les vis devenus tout-à-fait rouges; quoiqu'il y eût déjà quatre années qu'ils fussent en contact avec la lumière, ils ont encore la même belle couleur rouge.

Cette observation est opposée à l'opinion de Pelouze et à celle de Rosé. La seule idée que je puisse me faire de ce changement subit de la croûte blanche du phosphore par l'eau distillée en oxide rouge, est que la quantité minime d'oxygène dans l'eau distillée a dû changer la croûte blanche en oxide, et puisque cette quantité d'oxygène est très-petite, la matière blanche ne pouvait pas être un oxide. Je présumai que l'hydrogène phosphoré, toujours formé par le phosphore dans l'eau, en pourrait être la cause.

Pour m'en assurer, je fis passer un courant de gaz hydrogène phosphoré dans de l'eau contenant de l'oxide rouge de phosphore dans l'état d'extrême division. Par cette opération l'oxide rouge fut peu à peu réduit dans la matière blanche, qui, à son tour, fut changée dans quelques jours en oxide rouge, en la remuant, sans

(1) Poggendorf's Annal. Bd. 25, pag. 188.
(2) *Idem*, Bd. 27, pag. 563.

contact de la lumière, avec de l'eau fraîche, dans laquelle fut dissout de l'oxygène.

D'après cela il est évident que la croûte blanche du phosphore est une combinaison d'*hydrogène phosphoré* et d'*oxide rouge de phosphore*, et qu'il n'y a ainsi qu'un oxide de phosphore qui est rouge.

En conservant du phosphore sous l'eau, celle-ci se décompose ; il se forme de l'oxide de phosphore et de l'hydrogène phosphoré, dont une partie se combine avec l'oxide de phosphore, et donne naissance à la matière blanche mentionnée.

Préparation de carbure de soufre ;

Par le même.

Je fais munir une bouteille de fer à mercure, à côté de l'écrou qui s'y trouve, d'un autre écrou. Dans la première de ces ouvertures on visse un tube de cuivre de $0^m,01$ diamètre courbé deux fois à angle droit, dans la seconde ouverture on introduit un tube droit de cuivre du même diamètre. On remplit la bouteille à mercure de fragments de charbon récemment rougis et de grosseur convenable, afin qu'ils puissent passer par le tube. Après y avoir vissé le tube droit et courbé, on pose la bouteille dans un fourneau, et on la chauffe après l'avoir entourée d'une pierre coupée en deux parties, pour ne pas être trop gêné par la chaleur ascendante. Au tuyau de cuivre courbé on adapte un flacon de Woulff, à moitié rempli d'eau et entouré d'un mélange frigorifique, et quand la bouteille à mercure est chauffée convenablement, on introduit par le tube droit des fragments de soufre, et l'on ferme immédiatement le tuyau avec un bouchon : le soufre fond, descend, pénètre les fragments de charbon ; et quand on ajoute peu de soufre à la fois, on obtient peu de gaz et beaucoup de carbure de soufre.

De cette manière je me suis procuré plusieurs fois une quantité considérable de carbure de soufre.

RECHERCHES

Chimico-légales, pour démontrer la présence de très-petites quantités d'acide hydrocyanique, soit libre, soit combiné;

Par M. Ossian Henry, chef des travaux chimiques de l'Académie royale de Médecine.

Lorsqu'il s'agit de recherches qui ont trait à la *chimie légale*, les moindres modifications qui peuvent rendre les procédés, mis en usage, plus précis et plus sûrs dans leur exécution, sont utiles à publier. C'est ce motif qui me détermine aujourd'hui à présenter celles que j'ai apportées, pour apprécier avec exactitude des quantités *très-minimes d'acide hydrocyanique libre ou combiné* contenu dans différents produits. Ayant eu occasion de rechercher la présence de l'acide *hydrocyanique*, j'avais reconnu que de tous les modes publiés, soit récemment, soit depuis long-temps, le plus avantageux sans contredit pour fixer et saisir en quelque sorte ce composé, consiste soit à le précipiter directement par le nitrate d'argent, soit à le volatiliser directement par la distillation, ou après l'avoir éliminé de ses combinaisons, puis à recevoir le produit volatil dans une solution étendue de ce sel très-pur. L'acide hydrocyanique décompose ce dernier et donne naissance à un dépôt blanc cailleboté d'un volume considérable, insoluble dans l'eau, dans l'acide nitrique faible, et qui consiste en un *cyanure argentique* (1).

Ce cyanure n'est pas attaqué facilement par la lumière; car j'en ai laissé dans un verre à expérience et sous l'eau, exposé pendant 3 mois à la lumière ordinaire ; et, bien qu'il eût pris une teinte violacée grisâtre, il avait conservé presque toutes ses propriétés.

Une fois l'acide hydrocyanique fixé ainsi par une combinaison insoluble, dont le volume permet d'en déterminer de très-légères quantités, il y a plusieurs moyens d'y prouver réellement la présence de cet acide, soit en le traitant par l'acide hydrochlorique qui en dégage une *odeur d'amandes amères*, soit en le transformant, à l'aide du sublimé corrosif, en un *cyanure mercuriel* cristallisable en beaux prismes et soluble dans l'eau, etc. Ces preuves sont à coup sûr faciles à obtenir quand on agit avec des proportions assez notables, mais il n'en est pas de même lorsque ces proportions se trouvent très-minimes. Je crois que dans de telles circonstances l'odeur prussique devient trop faible et de trop courte durée pour être perçue d'une manière non douteuse par nos sens ; de plus la formation du cyanure mercuriel offre encore d'autres difficultés. Pour obvier à cet inconvénient, j'ai pensé que des réactions capables de produire du *bleu de Prusse* ou du *ferrocyanate rouge de cuivre*, offriraient un grand avantage. M. Lassaigne avait déjà présenté un mode qui décelait des traces d'acide hydrocyanique dans un liquide; mais, comme ce mode ne m'avait pas toujours fourni des réactions nettes, j'ai tenté de lui substituer un autre procédé, qui me semble conduire à un résultat plus tranché.

Il a pour but de transformer en peu d'instants et sans difficulté, le cyanure d'argent en un ferro-cyanate soluble qui peut donner, avec les sels de fer au *maximum* et avec ceux de cuivre, des précipités *bleus* ou *brun-rouges*.

Je devais, avant de mettre en œuvre ce procédé, ou cette modification, m'assurer de la sensibilité du réactif employé ; c'est ce que j'ai fait de la manière suivante : 0,1 décigramme de ferrocyanate de potasse (*prussiate de potasse ferrugineux*) fut dissous dans l'eau pure 20 grammes. Je pris alors deux grammes de cette solution, et je les ajoutai à 198 grammes d'eau pure. La liqueur totale représentait donc 1/20,000 de *ferrocyanate potassique*.

Cette liqueur, traitée par le muriate de fer peroxidé, a donné une *couleur bleue* très-foncée, et peu après un *dépôt de bleu de Prusse* qui avait gagné le fond du vase.

---

(1) Une liqueur contenant de l'acide hydrocyanique (préparé récemment par la méthode de *gea pessina*) a été séparée en deux parties égales A et B. La première A a fourni, *par la distillation, cyanure d'argent sec* 3,10. La seconde B, par *précipitation directe, cyanure d'argent sec* 3,00, poids presque semblable.

Cet essai est contradictoire avec ce qui a été remarqué dans des circonstances à peu près semblables, où la quantité obtenue par distillation, s'est trouvée en proportion moindre, à cause probablement de la transformation de l'acide prussique en acide formique. Je pense que le mélange étant fait ici avec peu d'eau par rapport à l'acide hydroganique, celui-ci a pu se dégager promptement sans éprouver presque aucune action de la part de l'autre liquide. Mais lorsque la proportion d'eau est considérable, le degré de volatilité du composé organique est retardé assez pour que la chaleur et l'eau le modifient aisément.

Cette coloration *en bleu* fut même encore très-sensible lorsque le liquide renfermait plus que 1/40,000 du même sel de potasse.

Avec le sulfate de cuivre la teinte *brun-rouge* parut d'une manière distincte dans la première solution à 1/20,000 (1). Je voulais en outre me convaincre de la possibilité d'isoler par le sel d'argent des proportions extrêmement minimes *d'acide hydrocyanique ou prussique*. A cet effet je fis les solutions suivantes : 0gr,1 décigramme de *cyanure de potassium* pur fut mis dans eau distillée, 20 grammes (cette solution précipitait abondamment en brun-rouge par le *permuriate de fer*),

Puis 2 grammes de cette liqueur furent additionnés de 198 grammes d'eau. Il en résulta un produit à 1/20,000 dans lequel le nitrate d'argent très-étendu forma un dépôt cailleboté assez léger, qu'il fut possible de recueillir, après l'avoir laissé précipiter dans une éprouvette étroite, j'obtins également un dépôt semblable par les mêmes soins avec un liquide à 1/40,000 ; et les dépôts mis l'un et l'autre sur des verres de montre, et traités comme il va être dit tout à l'heure, m'ont donné *du bleu de Prusse* très-appréciable et dont la présence n'était nullement douteuse.

Fort de ces expériences, puisqu'elles avaient été tentées sur une échelle des plus petites, je cherchai à retrouver l'acide *hydrocyanique* dans des liquides complexes, du *vin*, du *bouillon*, des *produits fermentés*, de *l'urine* et des *matières recueillies* dans les intestins, et l'estomac de divers cadavres humains, où j'en avais à *dessein* ajouté de petites quantités. Je laissai même ces mélanges pendant plusieurs mois (les vases bien bouchés toutefois), et recherchai par mon procédé la présence de l'acide *vénéneux* ajouté. Dans presque tous les cas je fus assez heureux pour en trouver même après quatre et cinq mois des quantités appréciables ; j'avais à la vérité pour ces essais fait usage de *l'acide prussique*, préparé par le mode de *gea pessina*, et l'on sait aujourd'hui (voyez *Journal de pharmacie*, tom. XVII, page 315, et traité de pharmacie de M. Soubeiran) que ce composé peut être conservé longtemps (2) sans subir d'altération, ce qui n'a pas lieu ordinairement avec le même acide obtenu par d'autres méthodes, car souvent son existence n'est qu'éphémère.

Je pris aussi des matières animales de cadavres laissés long-temps en putréfaction, et je voulus rechercher s'il s'y était produit de *l'hydrocyanate d'ammoniaque ou autre*, mais ce fut *vainement*. Je ne veux pas inférer cependant que ce sel ne puisse se former dans des compositions de ce genre, je prétends démontrer seulement que celui que j'avais reconnu dans les mélanges précédents provenait bien de l'acide ajouté à dessein par moi quelque temps auparavant.

Enfin, je donnai à trois grenouilles de forte grosseur plusieurs gouttes d'acide *hydrocyanique* un peu étendu; lorsque ces animaux eurent succombé (ce qui n'a pas été avant un quart-d'heure au moins), je les abandonnai pendant deux, quatre et huit jours, puis je les divisai en morceaux à l'aide de ciseaux, et je les distillai avec de l'eau pure; le produit volatil reçu dans une solution très-étendue de nitrate d'argent m'a fourni dans les trois cas une poudre légère grisâtre, où l'existence de l'acide hydrocyanique fut encore notable par le moyen que je vais décrire maintenant.

Procédé pour apprécier des quantités très-minimes d'acide hydrocyanique libre ou combiné.

Lorsqu'un liquide ou un produit quelconque est supposé renfermer de l'acide *hydrocyanique, soit à l'état de liberté, soit à l'état de combinaison* avec une base, il faut ou le précipiter de suite par une solution étendue de nitrate d'argent, ou bien si ce liquide est coloré et mêlé de sels étrangers, le distiller dans un vase de verre bien propre, en ajoutant de l'eau seulement dans le premier cas, ou acidulée par l'acide muriatique dans le deuxième cas, le composé étant d'avance un peu concentré; on reçoit alors le produit volatil dans une solution de nitrate d'argent très-étendue, et il se forme bientôt un *précipité blanc cailleboté* qui gagne le fond du vase; quand le dégagement ne fournit plus aucun louche blanc dans le sel d'argent, on arrête l'opération, et l'on sépare le précipité, on le lave convenablement à l'eau distillée, puis on le recueille avec soin pour le faire chauffer légèrement avec la moitié environ de son poids de sel marin (1); on laisse refroidir, puis on filtre; quelquefois la liqueur est un peu louche par la présence d'une petite quantité de cyanure alcalin qui dissout du chlorure d'argent; on ajoute alors dans le produit filtré une petite quantité *d'oxide de fer hydraté* (précipité fait par la potasse dans un soluté de protosulfate de fer) verdâtre, mélange de proto et de peroxide; on filtre de nouveau après avoir chauffé légèrement, et pour peu que la liqueur renferme des traces de *ferrocyanate de soude* (sel qui s'est produit dans les réactions précédentes) provenant de l'acide hydrocyanique primitif, on obtient une *coloration bleue* par l'addition de quelques gouttes de muriate ou de sulfate de fer peroxidés ; après quelques heures cette coloration disparaît et fait place à un léger dépôt de *bleu de Prusse*. (Lorsque le produit est riche en ferrocyanate, le dépôt bleu a lieu de suite abondamment.)

Le deuto-sulfate de cuivre (sulfate cuivrique), ajouté aussi à part dans une partie de la liqueur ci-dessus y forme un précipité *brun-marron* ou une *teinte rougeâtre* seulement, qui peu à peu est remplacé par un léger précipité.

Addition.

J'ai réussi aussi, comme preuve accessoire, à transformer le *cyanure d'argent* en un *sulfocyanure*, et voici le mode que j'ai suivi : le cyanure sec fut mêlé avec 1/2 de son poids de soufre lavé, puis chauffé dans un petit tube de verre jusqu'à fusion (ce qui est assez prompt). Le résidu trituré a été traité par le sel marin dissous dans l'eau, puis la liqueur filtrée, donna :

1° par le *muriate de fer peroxidé* une couleur *rouge cramoisie* plus ou moins intense.

2° par le *deuto-sulfate de cuivre* un *dépôt blanchâtre* lorsqu'on y ajoutait un peu de protosulfate de fer.

(1) Je voulus éprouver en même temps la sensibilité du *sulfocyanure de potassium* par les sels *de fer peroxidés*. Une liqueur, contenant 1/20,000 de ce sel, m'a donné, avec le *muriate au maximum*, une teinte rouge assez intense, et même à 1/30,000, mais à peine pelure d'oignon à 1/40,000. Avec le sulfate de cuivre et un corps désoxygénant, on n'a eu un louche blanc qu'à 1/20,000.

(2) Je possède aujourd'hui chez moi un flacon à moitié rempli qui a été préparé il y a plus de quinze mois. Il est aussi incolore que le premier jour, et a la même force en odeur, etc.

(1) On pourrait remplacer ce sel, soit par du muriate de potasse, soit par du muriate de chaux ou de magnésie.

ANNALES

DE

CHIMIE ET DE PHYSIQUE.

AOUT 1836.

Sur le Sulfate anhydre d'Ammoniaque;

PAR M. HENRI ROSÉ.

Dans un mémoire précédent (1), j'ai montré que l'ammoniaque sèche est absorbée par beaucoup de substances, et qu'elle forme des combinaisons dans lesquelles elle se comporte d'une tout autre manière que dans les sels hydratés qu'elle donne avec les oxacides. J'ai démontré qu'elle se combine avec beaucoup de sels anhydres, avec des clorures et des oxacides. J'ai décrit en détail les combinaisons de la première espèce. Dans un mémoire suivant (2), j'ai décrit plusieurs autres combinaisons de chlorures volatils avec l'ammoniaque, j'ai comparé ces combinaisons à celles des mêmes chlorures avec l'hydrogène phosphoré. Quant aux combinaisons des oxacides anhydres avec l'ammoniaque sèche, dont j'ai préparé plusieurs, je me propose de décrire seulement la combinaison de l'ammoniaque avec l'acide sulfurique anhydre.

Le sulfate d'ammoniaque nous présente deux modifications isomériques, qui sont tout aussi remarquables, et peut-être plus remarquables, que celles de l'acide phosphorique. On ne connaît que la combinaison de l'acide sulfurique avec l'ammoniaque qui contient aussi de l'eau; et d'ailleurs nous ne connaissons en général les combinaisons des oxacides avec l'ammoniaque qu'à l'état d'hydrates. Cependant l'acide sulfurique anhydre se combine également avec l'ammoniaque; et bien que superficiellement examinée, cette combinaison offre une grande ressemblance avec le sulfate d'ammoniaque ordinaire; elle en diffère néanmoins essentiellement sous plusieurs rapports.

On prépare aisément le sulfate d'ammoniaque anhydre en faisant passer le gaz ammoniaque sec dans un vase contenant de l'acide sulfurique solide anhydre.

Cependant pour obtenir un produit dont la composition soit toujours la même, il faut observer plusieurs précautions. On introduit d'abord la vapeur d'acide sulfurique anhydre dans un vase à large ouverture, qu'on refroidit en l'entourant de glace ou de neige pour que l'acide s'attache aux parois refroidies, et l'on évite qu'il ne s'entasse en tournant le vase ou en l'entourant bien également de glace. On doit éviter avec soin que l'acide ne s'attache en trop grande quantité en un point. Immédiatement après, on amène lentement, dans ce vase, le gaz ammoniaque séché soigneusement par la potasse, après avoir entouré le vase d'un mélange réfrigérant. Le léger enduit d'acide sulfurique anhydre se combine de suite pour former le sulfate d'ammoniaque anhydre, et et il en résulte un dégagement de chaleur très-considérable si l'on introduit précipitamment le gaz et que le vase ne soit pas bien refroidi. Mais le sel formé enveloppe l'acide là où il forme une couche trop épaisse, de telle manière que l'ammoniaque ne peut le pénétrer. On n'obtiendrait pas une combinaison entièrement neutre quand même on chercherait à renouveler la surface en remuant la masse. Il se forme alors un sulfate acide d'ammoniaque anhydre, en morceaux luisants comme du verre, et ressemblant à la gomme arabique blanche. Quand il est couvert d'une croûte de sulfate d'ammoniaque neutre et anhydre, on peut le conserver plus d'un an dans un flacon rempli de gaz ammoniaque sans qu'il perde ses propriétés. acides.

Il faut le broyer très-fin, aussi promptement que possible, dans un mortier d'agathe, faire passer du gaz ammoniaque sec dessus et le bien remuer de temps en temps. Quand on ne se dépêche pas assez, la poudre absorbe l'humidité, et quand elle n'est pas broyée assez fin, elle contient toujours du sulfate acide, malgré qu'on la traite par le gaz ammoniaque.

D'après cela, il vaut mieux mettre la poudre légère du sel neutre qui s'est formé par l'action lente de l'acide, dans un verre et à part des morceaux durs qui contiennent le sel acide, et qu'on ne parvient que difficilement à retirer du vase où il s'est formé, parce qu'il s'est fortement attaché aux parois.

Le sulfate neutre d'ammoniaque anhydre forme une poudre blanche et légère. Il ne s'altère pas au contact de l'air atmosphérique, quand il ne contient point de sel acide; il ne devient pas humide et ne se décompose pas. Mais quand il contient du sel acide, alors, en peu de temps, il devient un peu humide; si la proportion de sel acide est considérable, la poudre tombe en déliquescence. Elle se dissout facilement dans l'eau froide. Cette dissolution s'est trouvée neutre ou légèrement alcaline, ce qui provient de ce que j'avais l'habitude de conserver le sel dans des vases remplis de gaz ammoniaque. Quand elle contient un peu de sel acide, alors la dissolution a une réaction faiblement acide. Quand elle en contient une quantité considérable, on remarque un léger bruissement lorsqu'on verse de l'eau dessus. La

(1) *Poggendorff's Annalen des Physik und Chemie*, xx, 147.
(2) *Ibid.*, xxiv, p. 109.

saveur de la combinaison neutre en dissolution est amère comme celle du sulfate d'ammoniaque hydraté ordinaire.

Le sulfate d'ammoniaque anhydre est insoluble dans l'alcool ainsi que le sulfate hydraté; même après l'y avoir laissé long-temps, j'ai trouvé qu'il n'était pas changé. Quand on le distille avec de l'alcool, le produit contient tant soit peu d'ammoniaque. La dissolution du sel neutre dans l'eau dégage de l'ammoniaque, même à froid, quand on y ajoute une solution de potasse ou de la chaux. De même, une dissolution de carbonate de potasse produit à froid une odeur d'ammoniaque, ainsi qu'avec le sulfate d'ammoniaque hydraté ordinaire.

Si, au contraire, on broie ce sel sec avec du carbonate sec de baryte ou de chaux, cette odeur ne se produit pas, comme dans le sel hydraté ; elle ne se produit que quand le mélange est humecté d'eau. Quand on verse de l'acide sulfurique concentré sur ce sel, il ne répand pas l'odeur d'acide sulfureux. Chauffé modérément avec un excès d'acide sulfurique concentré, il se dissout, mais difficilement : il s'en sépare de nouveau par le refroidissement. Il diffère, sous ce rapport, du sulfate d'ammoniaque hydraté qui se dissout beaucoup plus facilement à chaud, dans l'acide sulfurique concentré, et ne s'en sépare pas par le refroidissement.

La chaleur lui fait éprouver à peu près les mêmes altérations qu'au sulfate d'ammoniaque ordinaire. Le sel se fond en un liquide clair qui se solidifie en se refroidissant, et constitue un sulfate acide d'ammoniaque quand il n'a pas été chauffé trop long-temps. Il se trouve de plus dans la cornue beaucoup d'acide sulfureux gazeux, et dans le col il se forme un sublimé qui consiste en sulfite et en sulfate d'ammoniaque. Dans le récipient, on trouve, outre l'ammoniaque gazeuse, du sulfite d'ammoniaque, sans traces d'acide sulfurique. Le sulfate d'ammoniaque cristallisé ordinaire donne de l'eau quand on le chauffe; à cela près, il présente les mêmes phénomènes que le sulfate anhydre.

Des phénomènes à peu près semblables se présentent encore quand on chauffe le sel dans une atmosphère d'hydrogène. Le récipient contient du sulfite d'ammoniaque, outre l'ammoniaque libre ; j'ai trouvé dans le col de la cornue une petite quantité de sublimé jaunâtre de sulfite d'ammoniaque anhydre, et il restait dans l'appareil du sulfate acide et du sulfite d'ammoniaque. Le sulfate d'ammoniaque hydraté ordinaire, dans les mêmes circonstances, ne donne point de sublimé jaune, mais du reste il présente les mêmes phénomènes. Quand on chauffe le sel anhydre dans une même atmosphère de gaz ammoniaque sec, du sulfite d'ammoniaque seul se sublime dans le col et même dans l'appareil ; il ne reste que du sulfite d'ammoniaque mêlé d'un peu de sulfate. La même chose a lieu pour le sulfate d'ammoniaque hydraté en cristaux.

0,629 gr. de sulfate anhydre assez pur furent dissous dans une petite quantité d'eau et mêlés avec 4,828 gr. d'oxide de plomb nouvellement calciné : il s'en dégagea une odeur d'ammoniaque. On y ajouta de l'acide nitrique et l'on fit évaporer jusqu'à siccité; la masse sèche fut ensuite chauffée au rouge. Elle pesait 5,273 gr. : le sel contenait donc 70,75 pour cent d'acide sulfurique. 1,333 gr. de ce sel furent dissous dans l'eau, et j'ajoutai à la dissolution de l'acide nitrique libre et une dissolution de nitrate de baryte : il se forma un précipité. Je laissai le tout s'évaporer à siccité, puis je chauffai au rouge la masse sèche.

Traitée par l'eau, elle laissa 2,699 gr. de sulfate de baryte, de sorte qu'il y avait 69,59 pour cent d'acide sulfurique.

1,280 gr. de sulfate moins pur, et dont la dissolution rougissait le papier de tournesol, furent mêlés avec du carbonate et du nitrate de potasse et un peu d'eau. Il s'en dégagea, même à froid, une odeur d'ammoniaque; le tout fut évaporé avec précaution à siccité, et la masse sèche fut fondue et puis dissoute dans l'eau. Cette dissolution fut acidulée par l'acide hydrochlorique et précipitée par du chlorure de baryum. J'obtins 2,730 de sulfate de baryte; ce qui donne 73,30 pour cent d'acide sulfurique dans le sel anhydre, et prouve que la masse contenait du sulfate acide d'ammoniaque dont il serait très-difficile d'éviter complètement la présence dans le sel neutre, comme il a déjà été dit plus haut.

1,443 gr. de sel anhydre, qui contenait en même temps de l'acide libre, furent mêlés avec du carbonate de potasse sans addition de nitrate; on versa de l'eau sur le mélange, on le fit évaporer à siccité et on le chauffa jusqu'au point de le fondre. Après avoir traité le produit comme le précédent, on trouva 3,100 gr. de sulfate de baryte, qui répondent à 73,84 pour cent d'acide sulfurique dans le sel.

0,531 gr. sulfate d'ammoniaque anhydre pur furent mêlés avec une grande quantité d'oxide de cuivre, et le mélange fut traité dans un appareil comme pour analyser les matières organiques par l'oxide de cuivre. Le tube renfermant le chlorure de calcium destiné à absorber la vapeur d'eau, augmenta de 0,247 gr. et il se forma 101 centimètres cubes de gaz azote (calculé à une température de 0° et 76 millimètres de pression). L'eau obtenue répond à 5,17 pour cent d'hydrogène et l'azote à 24,12 pour cent. Tous deux y sont dans la même proportion que dans l'ammoniaque.

Il résulte de ces expériences que ce sel contient en effet les éléments de l'acide sulfurique et de l'ammoniaque dans le rapport que le calcul indique pour une combinaison anhydre d'acide sulfurique et d'ammoniaque.

La quantité d'acide sulfurique était de 70,75 pour cent d'après l'analyse du sel pur, et celle de l'ammoniaque de 29,29 pour cent. Or, dans une combinaison neutre et anhydre d'acide sulfurique et d'ammoniaque, il y a :

70,03	acide sulfurique,
29,97	ammoniaque;
100,00	

et comme il ne se dégage rien lors de la combinaison de l'acide sulfurique anhydre avec l'ammoniaque sèche, on peut présumer avec confiance que l'analyse est exacte.

Bien que le sulfate d'ammoniaque anhydre ressemble beaucoup au sel hydraté, sous le rapport de la solubilité dans l'eau et de l'action de l'alcool, des bases fortes et d'une température élevée, il en diffère néanmoins tellement sous d'autres rapports, qu'il ne pourrait même être classé parmi les sels, et qu'il forme un corps d'une espèce toute particulière.

En mettant dans une solution de cette combinaison anhydre une solution d'un sel de baryte, on obtient un précipité de sulfate de baryte, comme dans la solution de sulfate hydraté d'ammoniaque. Le précipité est très-difficile à filtrer, et il augmente visiblement quand on

le laisse en repos, surtout à chaud. Mais même en laissant la liqueur pendant long-temps en repos, et la chauffant toujours, on ne parvient pas à précipiter à beaucoup près la totalité de l'acide sulfurique à l'état de sulfate de baryte, comme le montrent les expériences suivantes :

1,062 gr. de sel très-pur, dont la solution ne rougissait point le papier de tournesol, furent mêlés avec une solution de chlorure de baryum. Après qu'on y eut ajouté un peu d'acide hydrochlorique et chauffé pendant long-temps à l'ébullition, elle donna 1,262 gr. de sulfate de baryte, qui ne représentent que 40,85 pour cent d'acide sulfurique dans la combinaison.

1,070 gr. de ce même sel furent dissous dans l'eau, puis acidulés par l'acide nitrique et précipités par une solution de nitrate de baryte. Le tout fut de même chauffé à l'ébullition pendant long-temps. J'obtins 1,299 gr. de sulfate de baryte, répondant à 41,73 pour cent d'acide sulfurique dans le sel.

1,057 gr. furent dissous dans l'eau froide et la dissolution mêlée à froid avec une solution de chlorure de baryum et un peu d'acide hydrochlorique. La liqueur ne pût être filtrée immédiatement parce qu'elle était troublée aussitôt après la filtration par le sulfate de baryte qui s'y formait de nouveau. Je la laissai reposer durant dix-huit à vingt heures, ensuite je la filtrai.

Le sulfate de baryte fut lavé à l'eau froide ; il pesait 0,797 gr., qui n'équivalent dans la combinaison qu'à 25,92 gr. pour cent d'acide sulfurique. La liqueur filtrée, qui était d'abord très-claire, commença à se troubler après deux heures de repos. Je la mis avec l'eau de lavage dans un endroit modérément chaud où la température ne montait qu'à 30 ou 40° environ et la laissai se dessécher complètement, ce qui dura près de deux mois. Lorsque je versai alors de l'eau sur cette masse desséchée, il resta 0,859 gr. de sulfate de baryte non dissous, équivalant encore à 27,93 pour cent d'acide sulfurique. Le liquide qui en avait été séparé fut évaporé à siccité, puis la masse séchée fut chauffée au point d'entrer en fusion. On y versa de l'eau et un peu d'acide hydrochlorique, après quoi il resta 0,450 gr. de sulfate de baryte non dissous, ce qui répond à 14,63 pour cent d'acide sulfurique.

De cette manière je parvins finalement à obtenir 68,47 pour cent, la presque totalité de l'acide sulfurique. On n'obtient la totalité de l'acide sulfurique en combinaison avec la baryte que lorsque, dans la décomposition, on volatilise complètement le sel ammoniacal formé, ce qu'on ne peut faire qu'en chauffant au rouge. Quand on ne fait rougir que légèrement, la décomposition est incomplète.

Je mis 0,861 gr. de cette combinaison avec une solution concentrée de carbonate de potasse ; j'évaporai le tout à siccité dans un grand vase de platine, et chauffai la matière sèche jusqu'à ce qu'une petite partie du fond du vase fût très-légèrement rouge. J'ai ensuite dissous la matière dans l'eau : la dissolution a été acidulée par l'acide hydrochlorique et précipitée par une solution de chlorure de baryum. J'obtins 1,288 gr. de sulfate de baryte, équivalant à 51,42 pour cent d'acide sulfurique.

La liqueur claire et filtrée se troubla par l'ébullition. Elle fut évaporée à siccité et ensuite fondue. La masse dissoute dans de l'eau et acidulée par l'acide hydrochlorique laissa encore 0,388 gr. de sulfate de baryte non dissous, ce qui équivaut à 15,49 pour cent d'acide sulfurique, de sorte qu'en tout j'en avais obtenu 67 pour cent.

On voit par ces expériences qu'on ne peut obtenir la totalité de l'acide sulfurique contenu dans le sulfate d'ammoniaque anhydre qu'en décomposant complètement ce sel, et que, dans la dissolution de ce sel dans l'eau, l'acide existe dans un état qu'on peut appeler isomérique de l'état dans lequel l'acide sulfurique existe dans la dissolution du sulfate d'ammoniaque hydraté ordinaire.

La dissolution du sulfate anhydre d'ammoniaque présente des phénomènes bien plus remarquables encore avec les dissolutions des sels de strontiane et de chaux. Si, dans une solution concentrée du sel anhydre, on ajoute une solution concentrée de chlorure de strontium, il ne se produit point de précipité ; la solution reste complètement claire. Pour en faire la comparaison, on a dissous une même quantité de sulfate d'ammoniaque hydraté ordinaire, qui contient moins d'acide sulfurique, dans une même quantité d'eau, et l'on a ajouté une même quantité de chlorure de strontium en solution. A l'instant, il se forma un précipité abondant de sulfate de strontiane. La solution du sel anhydre resta claire pendant huit jours après l'addition du chlorure de strontium. Elle donna ensuite une quantité presque impondérable de sulfate de strontiane. Alors on la chauffa ; elle commença aussitôt à se troubler. Après l'évaporation à siccité, la masse ayant été chauffée jusqu'à ce que tout l'hydrochlorate d'ammoniaque fût volatilisé, puis dissoute dans un peu d'eau avec de l'acide hydrochlorique, il resta du sulfate de strontiane insoluble : on le lava à l'esprit de vin, et la quantité de sulfate répondait à la proportion d'acide sulfurique existant dans le sel employé. Une solution de chlorure de strontium est ainsi très-propre pour distinguer, dans une liqueur, le sulfate anhydre d'ammoniaque de sulfate hydraté ordinaire.

Une solution de sulfate anhydre peut être chauffée à l'ébullition, sans qu'il en résulte un précipité par l'addition du sel de strontiane, pourvu qu'on l'ait d'abord laissé refroidir. J'ai d'ailleurs conservé la solution de cette combinaison anhydre pendant plus de trois ans sans qu'elle perdît la propriété de rester claire lorsqu'on la mêlait à froid avec le sel de strontiane. Mais quand la combinaison anhydre contient une trace d'acide sulfurique libre, il se forme un précipité de sulfate de strontiane à froid, dès qu'on ajoute un sel de strontiane.

Une solution de chlorure de calcium se comporta de même dans une solution de sel anhydre. Tandis qu'un poids déterminé de sulfate d'ammoniaque hydraté ordinaire, dissous dans une quantité donnée d'eau, et traité par une quantité donnée de dissolution de chlorure de calcium, se troubla sur-le-champ, une solution d'une égale quantité de sel anhydre dans la même quantité d'eau et traitée par une même quantité de chlorure de calcium en solution, resta parfaitement claire; et au bout de huit jours on ne put y trouver la moindre trace de sulfate de chaux. Après ce temps, on la chauffa, et elle devint trouble. On l'évapora à siccité, et après en avoir séparé tout l'hydrochlorate d'ammoniaque et y avoir ajouté un peu d'acide hydrochlorique et une quantité suffisante d'alcool, j'obtins une quantité de sulfate de chaux qui contenait autant d'acide sulfurique que le calcul en indique dans le sel anhydre employé.

J'ai dissous cette combinaison anhydre dans aussi peu d'eau que possible et ajouté une solution saturée de chlorure de calcium. Il n'en résulta point de précipité. Quand j'y ajoutai de l'alcool très-fort, il en résulta sur-le-champ un précipité, mais il n'était produit que par la combinaison anhydre non décomposée, qui est insoluble dans l'alcool. Je laissai le tout en repos pendant plusieurs semaines ; alors, après que j'eus décanté la liqueur alcoolique, le précipité se dissolvit complètement dans une petite quantité d'eau.

Quand la combinaison anhydre contient de l'acide sulfurique libre, il en résulte, en ajoutant à la solution concentrée une solution concentrée de chlorure de calcium, un précipité de sulfate de chaux.

Une solution de 1,139 gr. de sel anhydre fut saturée par une solution d'acétate de plomb, à laquelle on ajouta encore de l'acide acétique libre. Quoique les solutions fussent concentrées, elles restèrent très-claires pendant quelques minutes ; ce ne fut qu'après quelque temps qu'il commença à s'y former un précipité de sulfate de plomb.

Filtré après deux ou trois heures, le précipité pesait 0,829 gr., ce qui répond seulement à 19,24 pour cent d'acide sulfurique dans le sulfate employé. Mais la liqueur filtrée continuait à se troubler à froid, et le précipité augmentait quand on la chauffait.

Il n'y a pas que l'acide sulfurique, dans la solution du sulfate d'ammoniaque anhydre, qu'on ne puisse précipiter par les réactifs à la manière ordinaire ; la proportion d'ammoniaque ne peut pas davantage être déterminée dans la combinaison par les procédés qui permettent d'ordinaire d'en constater exactement la quantité. 1,905 gr. de la combinaison furent dissous dans le moins d'eau possible ; on y versa une solution alcoolique de chlorure de platine, puis on étendit le tout d'alcool concentré et d'un peu d'éther. Il se produisit un précipité de chlorure de platine et d'hydrochlorate d'ammoniaque. On filtra, et le précipité fut lavé à l'alcool concentré et un peu d'éther. Le précipité séché fut chauffé avec précaution jusqu'au rouge. Il donna 1,610 gr. de platine, ce qui ne répond qu'à 14,70 pour cent d'ammoniaque dans la combinaison, à peu près la moitié de l'ammoniaque qui y existe effectivement. La liqueur, séparée du sel double, fut évaporée avec précaution jusqu'à ce que l'alcool fût volatilisé et que l'acide sulfurique commençât aussi à se volatiliser. Le résidu fut mêlé avec de l'hydrate de potasse. Il en résulta, déjà à froid, une forte odeur d'ammoniaque et il se précipita du noir de platine. L'expérience fut répétée avec 1,084 gr. de sulfate. Cette fois, j'obtins 1,076 gr. de platine, ce qui répond à 17,26 pour cent d'ammoniaque dans la combinaison.

Ainsi, dans une combinaison anhydre d'acide sulfurique et d'ammoniaque, ces éléments existent tous deux dans un état isomérique de l'état dans lequel ces substances existent dans les autres composés, et notamment dans le sulfate d'ammoniaque ordinaire, et quand on sépare ces deux corps, ils reprennent l'état dans lequel on peut en déterminer la quantité par les réactifs ordinaires. Par cela même, on ne réussit pas à porter l'acide sulfurique du sulfate d'ammoniaque anhydre sur d'autres bases en lui conservant ses modifications isomériques. Dès qu'il est séparé de l'ammoniaque, il ne diffère plus de l'acide sulfurique ordinaire. Je versai à froid de l'hydrate de chaux dans une dissolution de sulfate d'ammoniaque anhydre tant que la liqueur répandait une odeur d'ammoniaque. Cependant l'acide sulfurique de la partie du sel qui fut décomposée formait avec la chaux du sulfate de chaux ordinaire.

Je fis ensuite passer la vapeur d'acide sulfurique anhydre sur de l'oxide de plomb broyé très-fin et de la chaux en poudre très-fine, mais je ne pus réussir à faire combiner l'acide avec ces bases. La vapeur ne s'attacha qu'aux parties des parois du vase qui étaient le mieux refroidies, et, en ces endroits, lorsqu'il y avait une base, l'acide se déposait sur cette base sans se combiner avec elle.

L'acide sulfurique, dans sa combinaison anhydre avec l'ammoniaque, offre des propriétés particulières, et il ne présente plus ces propriétés lorsque la combinaison n'est pas neutre ; cela résulte déjà des expériences ci-dessus, dans lesquelles la dissolution du sulfate anhydre qui contient de l'acide libre précipite les solutions de strontiane et de chaux.

Non-seulement les bases puissantes à l'état de pureté, mais encore les sels des bases qui ont une grande affinité pour l'acide sulfurique, séparent à froid l'acide sulfurique de l'ammoniaque dans le sel anhydre. Il résulte des expériences ci-dessus que le carbonate de potasse dégage à froid de l'ammoniaque de la solution de sulfate anhydre; mais la totalité de l'acide sulfurique du sel ne se combine avec la potasse pour former le sulfate de potasse ordinaire que lorsque l'ammoniaque est complètement séparée de l'acide, et il résulte d'une expérience rapportée plus haut qu'on peut chauffer au rouge naissant un excès de carbonate de potasse avec le sel ammoniacal anhydre sans que la totalité de ce dernier soit décomposée.

Quand on mêle à froid la solution de sulfate anhydre avec une solution de chlorure de baryum, l'affinité de la baryte pour l'acide sulfurique est si forte qu'elle fait subir à l'acide une modification isomérique et le transforme en acide ordinaire, avec lequel elle se combine pour former du sulfate de baryte ; mais cette transformation s'opère très-lentement. On peut à la vérité l'accélérer par la chaleur, mais il est prouvé par une expérience citée plus haut que, même après avoir chauffé pendant des mois une petite quantité de mélange, la combinaison n'était pas encore complètement décomposée, et qu'il faut, pour rendre la décomposition complète, une chaleur rouge, ou du moins une chaleur suffisante pour que toute l'ammoniaque se combine avec l'acide du sel de baryte et se volatilise.

La strontiane et la chaux ont moins d'affinité pour l'acide sulfurique que la baryte : aussi les solutions des sels de ces terres ne précipitent pas, ou presque pas, la solution du sulfate d'ammoniaque anhydre à froid. Il est nécessaire de la chauffer, tandis que la baryte agit à froid.

La tendance de l'ammoniaque à former le sel double de chlorure de platine et d'hydrochlorate d'ammoniaque est cause que ce sel double se produit dans une solution de sulfate d'ammoniaque anhydre lorsqu'on y ajoute du chlorure de platine. Mais il est tout aussi impossible de séparer toute l'ammoniaque du sulfate par le chlorure de platine, que de séparer tout l'acide sulfurique par une solution de baryte.

Il paraît que le sulfate d'ammoniaque anhydre ne peut être produit que de la manière que j'ai décrite plus haut. Il ne se produit pas quand on fait passer la vapeur de l'acide sulfurique anhydre dans une dissolution concen-

trée d'ammoniaque. Dans ce cas, il ne se forme que du sulfate d'ammoniaque dont les sels de baryte précipitent complètement l'acide sulfurique à froid.

Non-seulement le sulfate anhydre dissous dans l'eau se conserve long-temps sans s'altérer, mais on peut l'y faire cristalliser sans que les cristaux deviennent hydratés. Il est tout naturel que ces cristaux aient une autre forme que celle du sulfate d'ammoniaque ordinaire, mais je n'ai pu trouver de forme cristalline bien distincte à ceux que j'ai obtenus. Ils formaient des aiguilles et des écailles très-différentes des cristaux de sel hydraté; celui-ci, dissous par petites portions dans l'eau et abandonné à une évaporation spontanée, se prend en partie en cristaux très-nets et tombe en partie en efflorescence, ce qui n'arrive point pour le sel anhydre. J'ai tenté de faire cristalliser souvent la dissolution du sel anhydre, soit en la mettant avec de l'acide sulfurique sous le récipient de la machine pneumatique, soit en l'évaporant à une très-douce chaleur, sans obtenir des cristaux distincts, comme ceux qu'on obtient de quantités beaucoup moindres du sel hydraté ordinaire.

La solution de la combinaison anhydre cristallisée ne donne du reste point de précipité par l'addition d'une solution de chlorure de strontium, et l'analyse d'une quantité suffisante de cette solution me donna la quantité d'acide sulfurique que contient le sel anhydre.

J'ai présenté jusqu'ici la solution du sulfate d'ammoniaque anhydre comme une modification isomérique du sulfate d'ammoniaque hydraté ordinaire : on peut néanmoins regarder la combinaison anhydre comme un corps de nature particulière, qui serait au sulfate d'ammoniaque ordinaire comme l'oxamide est à l'oxalate d'ammoniaque. La sulfate anhydre d'ammoniaque est toutefois différent des amides par sa composition; car dans ceux-ci, l'azote et l'hydrogène sont dans un autre rapport que dans l'ammoniaque, et ils ne peuvent donner de l'ammoniaque qu'en s'appropriant l'hydrogène de l'eau absorbée; dans le sulfate anhydre d'ammoniaque, au contraire, l'azote et l'hydrogène sont dans le même rapport que dans l'ammoniaque. Mais cette combinaison d'azote et d'hydrogène n'est pas l'ammoniaque alcaline, qui, à l'état anhydre, ne se combine qu'avec les hydracides, et ne se combine avec les oxacides qu'à l'état d'hydrate en formant peut-être alors, d'après une hypothèse très-plausible de Berzélius, de l'oxide d'ammonium, $(\dot{N}\,H^4)$.

Comme il serait possible que les substances qu'on appelle amides, continssent de l'eau, on peut, tout comme Dumas regarde l'urée comme un amide de l'oxide de carbone, considérer aussi la sulfate anhydre d'ammoniaque comme un amide hydraté d'acide sulfureux, et exprimer sa composition par la formule $\ddot{S}\,N\,H^2 + H$, qui contient les mêmes atomes élémentaires que $\dddot{S} + N\,H^3$. Je ne puis décider laquelle de ces manières de voir est la plus juste. Je crois néanmoins que l'examen des combinaisons d'autres oxacides avec l'ammoniaque anhydre, dont je m'occupe maintenant, conduira probablement à des résultats qui permettront de décider laquelle est la plus plausible.

On sait que l'acide sulfurique anhydre forme avec le soufre une combinaison bleue. J'ai fait quelques expériences sur l'action du gaz ammoniaque sur ce composé. L'acide sulfurique bleu que j'employais contenait un grand excès d'acide sulfurique anhydre ; il se produisit une vive réaction avec le gaz ammoniaque, et, là où elle était la plus forte, la couleur bleue changeait en un beau rouge de carmin.

Comme la combinaison sèche était mêlée d'un grand excès de sulfate anhydre d'ammoniaque, elle paraissait blanche avec des taches rougeâtres. Lorsque je la traitai par l'eau, il se dissolvit du sulfate anhydre d'ammoniaque et du sulfite d'ammoniaque, tandis que le soufre resta non dissous.

(*Annales de Poggendorf.*)

Sur le sulfite anhydre d'Ammoniaque ;

Par Henri Rosé.

La grande différence qui existe entre les propriétés du sulfate d'ammoniaque hydraté ordinaire, et le sulfate anhydre, m'a engagé à examiner les composés de plusieurs oxacides anhydres avec l'ammoniaque sèche. Parmi ces composés, le sulfite d'ammoniaque anhydre m'offrit les phénomènes les plus remarquables.

Ce sel a été mentionné pour la première fois par Dobereiner, qui, du reste, en dit seulement qu'il forme une masse dure et d'un brun clair, qui se convertit par la moindre quantité d'eau en sulfite d'ammoniaque incolore (1).

En mêlant les deux gaz, à l'état anhydre, je n'obtins jamais qu'une masse sale, d'un rouge jaunâtre, qui, lorsqu'il y avait un excès de gaz ammoniaque, et surtout par le refroidissement, s'attachait aux parois du vase en cristaux étoilés de couleur rouge.

Les cristaux, alors même qu'on emploie un excès d'ammoniaque, ont la composition du sulfite d'ammoniaque neutre. Il ne se forme pas de sel basique ; car, quand on mêle un volume d'acide sulfureux gazeux, sur le mercure, avec un grand excès de gaz ammoniaque, deux volumes seulement de ce gaz sont absorbés, et même très-souvent les deux volumes ne sont pas complètement absorbés, quoique les gaz soient laissés pendant long-temps en contact. Par contre, quand il y a un grand excès d'acide sulfureux, les deux gaz se combinent à volumes égaux, et forment une combinaison acide, comme il résulte des expériences suivantes :

1° 28 vol.	d'amm.	se combinent avec	26 v.	d'acide sulfur.
2° 28	»	»	25,4	»
3° 19	»	»	18,5	»
4° 20,4	»	»	19,2	»
5° 17,6	»	»	15,6	»
6° 16,8	»	»	16,7	»

Exposée à l'air, la masse cristallisée devient blanche, par l'absorption de l'humidité, et elle finit par se liquéfier. Elle attire tellement l'humidité que, même dans un vase assez bien fermé par un bouchon de verre, elle de-

(1) Schweigger, *Jahrbuch*, XVII, 120.

vient blanche au bout de quelques jours. Je ne parvins à la conserver sans altération, et avec sa couleur primitive, qu'en mettant le goulot du vase dans du mercure, ou bien, en couvrant le bouchon d'un enduit résineux.

La masse se dissout très-facilement dans l'eau, sans laisser de résidu. Ordinairement, la liqueur a d'abord une couleur jaune pâle, qui se perd toutefois d'elle-même. La solution de cette substance, quand elle est nouvellement préparée, ne rougit point le papier de tournesol, quand on a employé un excès d'ammoniaque à la préparation. Elle le rougit néanmoins, lorsqu'elle a été conservée long-temps dans un vase clos. Toutefois, quand on la conserve pendant très,long-temps (pendant quelques années) dans un bocal mal fermé, et qu'on la dissout dans l'eau, on y trouve du soufre insoluble.

La solution nouvellement préparée, paraît se comporter avec quelques réactifs, d'après un examen superficiel, comme une solution de sulfite hydraté d'ammoniaque ordinaire; cependant l'action sur elle de la plupart des réactifs est bien différente. La masse, tombée en déliquescence au contact de l'air, se comporte avec les réactifs de la même manière que la solution fraîchement préparée.

Si l'on ajoute de l'acide hydrochlorique à la solution du sel anhydre récemment préparée, on remarque, à un certain degré de concentration de la liqueur, une coloration rouge. Le liquide répand une forte odeur d'acide sulfureux, sans qu'il se dépose une trace de soufre, même après plusieurs jours de repos.

Cependant, si l'on fait bouillir la solution du sel anhydre après y avoir ajouté de l'acide hydrochlorique, il s'y forme bientôt un dépôt de soufre, il se dégage de l'acide sulfureux, et la solution se décompose comme si elle contenait un hyposulfite.

Les sels de baryte précipitent abondamment la liqueur surnageante : le précipité est insoluble dans l'eau et dans les acides, et consiste par conséquent en sulfate de baryte.

Quand on chauffe la solution de sulfite d'ammoniaque anhydre avec de l'acide hydrochlorique, l'acide sulfureux se convertit en acide hyposulfureux, qui se décompose ensuite, à la manière ordinaire, en donnant la solution acide, et de l'acide sulfurique. Quand on traite à chaud la solution de sulfite d'ammoniaque hydraté ordinaire par l'acide hydrochlorique, on en sépare tout l'acide sulfureux, et l'on change le sel en hydrochlorate d'ammoniaque sans qu'il se dépose du soufre.

Cependant, si l'on fait bouillir la solution du sel anhydre fraîchement préparée, qu'on la laisse entièrement refroidir, et qu'on ajoute ensuite de l'acide hydrochlorique; alors il se dégage de suite de l'acide sulfureux, sans qu'il se dépose du soufre.

La solution, conservée long-temps en vase clos, présente à froid, avec l'acide hydrochlorique, les mêmes phénomènes que la solution récemment préparée offre à chaud. Dans ce cas, l'acide sulfureux s'est transformé spontanément en acide hyposulfureux et en acide sulfurique ; l'acide hydrochlorique occasione, après quelques instants et à froid, un dépôt de soufre dans la solution; il produit une odeur d'acide sulfureux, comme dans la solution d'un hyposulfite, et on trouve de l'acide sulfurique dans la liqueur.

Cependant, si l'on a employé un excès d'acide sulfureux à la préparation, l'acide hydrochlorique ne produit qu'une odeur d'acide sulfureux, sans qu'il se dépose du soufre, même après une longue ébullition. La solution se comporte alors avec l'acide hydrochlorique comme le sulfite hydraté d'ammoniaque ordinaire. Avec tous les autres réactifs, elle se comporte comme les sels préparés avec un excès de gaz ammoniaque.

Quand on verse de l'acide sulfurique concentré dans une solution de sel anhydre fraîchement préparée et très-étendue, il se produit seulement une odeur d'acide sulfureux, et point de dépôt de soufre. Par contre, quand on met de l'acide sulfurique concentré dans une solution plus concentrée et récemment préparée, il en résulte, après quelques instants, un dépôt de soufre, outre le dégagement d'acide sulfureux.

Dans la solution fraîchement préparée, l'acide sélénieux produit à froid, après quelque temps, un précipité rouge de cinabre, formé de sélénium réduit, précisément comme quand on mêle de l'acide sélénieux avec le sulfite d'ammoniaque hydraté ordinaire. Mais quand on a conservé la solution de sel anhydre pendant quelques semaines, et qu'on y ajoute de l'acide sélénieux, il ne s'en sépare qu'une trace de sélénium mêlé de soufre, comme il arrive quand une solution d'un hyposulfite est décomposée par l'acide sélénieux. La quantité de sélénium mêlé de soufre augmente par l'ébullition. Mais si l'on ajoute alors de l'acide hydrochlorique, il se produit un précipité abondant de sélénium mêlé de soufre, comme il se produit sous les mêmes influences, dans les solutions des hyposulfites alcalins.

Quand on ajoute à la solution du sel anhydre une dissolution de nitrate d'argent, on remarque tous les phénomènes que ce réactif produit dans les solutions des hyposulfites, et ils ne se produisent pas seulement dans les dissolutions du sel qui ont été long-temps conservées, mais même dans celles qui sont récemment préparées. Il se produit d'abord un précipité blanc, qui disparaît par l'agitation, quand on n'a ajouté que très-peu de nitrate d'argent à la solution. Si le précipité persiste, par suite d'une nouvelle addition de nitrate d'argent, il devient bientôt jaune, puis brun, et finalement, surtout si l'on fait bouillir, il devient noir, et consiste alors en sulfure d'argent. Il est à peine nécessaire de faire observer que la solution du sulfite hydraté d'ammoniaque ordinaire donne aussi, avec le nitrate d'argent, un précipité blanc qui se dissout facilement dans un excès de sulfite, mais que ce précipité se transforme en argent métallique, lorsqu'on l'abandonne à lui-même pendant long-temps, ce qui arrive d'ailleurs promptement si l'on fait bouillir ; le métal forme souvent sur les parois du vase un enduit brillant d'un blanc d'argent; il ne contient point de soufre et ne ressemble pas à beaucoup près au précipité de sulfure d'argent que produit le sel d'argent dans la solution du sel anhydre.

La solution de perchlorure de mercure produit aussi, dans une solution du sulfite anhydre récemment préparée, des phénomènes pareils à ceux qu'elle produit dans les solutions des hyposulfites. Un excès de perchlorure de mercure produit un précipité blanc; par un excès de sulfite anhydre, il devient noir, et se convertit en sulfure de mercure (1). La solution du sulfite d'ammonia-

(1) La manière dont Herschell expose l'action des hyposulfites sur le perchlorure et le nitrate de mercure n'est pas tout-à-

que hydraté ordinaire ne produit aucun changement dans une solution de perchlorure de mercure.

La solution du sulfite anhydre se comporte aussi tout autrement que la solution du sel hydraté, avec les sels de cuivre. A froid, une solution de sulfate de cuivre n'est pas précipitée par la première; quand on fait bouillir, il se produit de suite un précipité noir de sulfure de cuivre, comme avec un hyposulfite. On sait que même à froid, une solution de sulfite d'ammoniaque hydraté ordinaire, produit dans une solution de sulfate de cuivre un précipité volumineux, brun.

Une solution de clorure de baryum donne aussi, dans une solution récemment préparée de sel anhydre, un précipité blanc, insoluble dans l'eau et dans l'acide hydrochlorique, et qui consiste, par conséquent, en sulfate de baryte. Dans le liquide filtré, l'acide hydrochlorique produit un précipité de soufre, et un dégagement d'acide sulfureux, surtout quand on fait bouillir.

L'hydrate de potasse, dans une solution de sel anhydre récemment préparée, produit, même à froid, une odeur d'ammoniaque qui augmente beaucoup par l'ébullition; si on y ajoute un excès d'acide hydrochlorique pendant qu'elle est chaude, après quelque temps il se précipite du soufre, et il se dégage de l'acide sulfureux. Mais quand, après avoir laissé bouillir la solution de sel anhydre, récemment préparée et peu concentrée, avec un excès d'hydrate de potasse, jusqu'à ce qu'elle ne répande plus d'odeur d'ammoniaque, et l'avoir laissé refroidir entièrement, on y ajoute un excès d'acide hydrochlorique, il ne se produit plus alors que de l'acide sulfureux, et il ne se dépose point de soufre.

Il résulte de ces expériences, que l'acide sulfureux, dans le sel ammoniacal anhydre, diffère essentiellement de l'acide sulfureux dans le sel ammoniacal hydraté, aussi bien que de tous les autres sulfites, en ce que, dissous dans l'eau, il se décompose spontanément, à la longue ou très-vite, quand on le traite par certains réactifs, et se convertit en acide sulfurique et en acide hyposulfureux, ce qui n'a pas lieu pour l'acide sulfureux des sulfites ordinaires en dissolution. Cette décomposition n'est produite qu'à chaud, par l'acide hydrochlorique; elle est produite à froid par la dissolution de chlorure de baryum, ainsi que par les dissolutions salines des métaux qui n'ont pas une grande affinité pour l'oxigène.

Toutefois, ces sels métalliques ne produisent pas instantanément la transformation parfaite de l'acide sulfureux en acides sulfurique et hyposulfurique. J'ai analysé le sulfure d'argent que j'avais obtenu en faisant bouillir avec du nitrate d'argent la solution récemment préparée. J'y trouvai plus d'argent que dans le sulfure d'argent ordinaire; ce qui prouve que dans l'expérience une partie de l'acide sulfureux du sel anhydre n'était pas encore convertie en acides sulfurique et hyposulfurique, et qu'il avait, comme l'acide sulfureux ordinaire, précipité un peu d'argent métallique du nitrate, qui s'était mêlé avec le sulfure d'argent.

Il paraît que l'acide sulfureux seul, dans le sel anhydre, doit être considéré comme une modification isomérique de l'acide sulfureux ordinaire, et que ce n'est pas le sel anhydre tout entier dont la solution serait isomérique du sulfite d'ammoniaque hydraté. Cela paraît résulter de l'expérience relative à l'action de l'hydrate de potasse sur la solution du sel anhydre d'ammoniaque fraîchement préparée; car il est évident que l'acide sulfureux séparé de l'ammoniaque, se combine dans sa modification isomérique avec la potasse; et la solution du sel de potasse formé, pourvu qu'elle soit assez étendue, se comporte avec l'acide hydrochlorique, à froid comme à chaud, de la même manière que le sel ammoniacal anhydre se comporte dans une solution récemment préparée.

Le sulfite anhydre d'ammoniaque n'est donc pas, à l'égard du sulfite hydraté, ce qu'est le sulfate anhydre d'ammoniaque à l'égard du sulfate hydraté ordinaire.

Cette différence se fait aussi remarquer sous d'autres rapports: le sulfite anhydre d'ammoniaque avec ses propriétés et sa composition peut être obtenu cristallisé de sa solution; mais quand on évapore la solution de sulfite d'ammoniaque anhydre dans le vide sec en évitant toute chaleur, on obtient un amas de cristaux qui consiste en un mélange de sulfate ordinaire et d'hyposulfite d'ammoniaque. Il est difficile de séparer les deux sels par cristallisation; cependant, quand on laisse cristalliser une quantité assez considérable de sel anhydre, on obtient des cristaux prismatiques de sulfate d'ammoniaque hydraté, très-distincts, tandis que l'hyposulfite, plus soluble, reste dans la liqueur, et forme des anneaux dont il est impossible de distinguer la forme cristalline. Quand on sépare mécaniquement les cristaux de sulfate d'ammoniaque de l'hyposulfite, on peut parvenir à les obtenir assez purs pour que la solution de ces cristaux ne précipite pas un excès de solution de perchlorure de mercure, et qu'avec une dissolution d'oxide d'argent, elle ne produise, après

---

fait exacte. D'après lui, le précipité qui se produit dans la dissolution du perchlorure contient du protochlorure de mercure, de l'hyposulfite de mercure et du soufre, et il se forme de l'acide sulfurique (*The Edinburgh Philosophical journal*, tom. 1, page 28). L'hyposulfite de mercure n'y existe pas, ou n'y existe que dans les premiers moments. Quand on mêle une petite quantité d'une solution de perchlorure ou de nitrate de mercure avec un excès d'une solution d'hyposulfite, il se forme à la vérité un précipité blanc, mais qui devient de suite jaune, puis brun, et enfin noir avec le temps, ou très-promptement quand on fait bouillir. S'il y a un grand excès d'hyposulfite, le précipité blanc se dissout de suite quand on agite le mélange. Le précipité noir est du sulfure de mercure, et le liquide qui surnage contient de l'acide sulfurique. Quand, au contraire, on mêle un grand excès d'une solution de perchlorure ou de nitrate de mercure avec une petite quantité d'hyposulfite en dissolution, à l'instant il se produit un précipité blanc qui reste long-temps en suspension dans la liqueur, et dont la couleur blanche ne change ni par le temps ni par l'ébullition. Ce précipité consiste en une combinaison insoluble de sulfure de mercure avec du perchlorure ou avec du nitrate de mercure, et la liqueur contient de l'acide sulfurique. Le précipité noir de sulfure de mercure redevient blanc quand on l'agite avec une solution de perchlorure ou de nitrate de mercure, parce que la même combinaison se forme alors; il se produit en général tous les phénomènes qui se présentent quand on traite une dissolution d'un sel ou de perchlorure de mercure, par l'hydrogène sulfuré ou par l'hydrosulfate d'ammoniaque (*Annalen der Physik und Chemie*, t. XIII, p. 19).

Une dissolution de protonitrate de mercure donne à l'instant un précipité de sulfure au minimum de sulfuration dans les dissolutions d'hyposulfites, soit qu'il y ait un excès de nitrate ou un excès d'hyposulfite; dans ces deux cas il existe de l'acide sulfurique dans la dissolution.

A la température de l'ébullition, les hyposulfites produisent dans les dissolutions des sels de cuivre ou de perchlorure de ce métal un précipité de sulfure de cuivre; la liqueur surnageante contient de l'acide sulfurique.

bien du temps, qu'une teinte brune et point de précipité de sulfure d'argent. Les anneaux, au contraire, et l'eau-mère, présentent au plus haut degré les propriétés de l'hyposulfite. Quand on n'opère que sur de petites quantités, la séparation des cristaux des deux sels ne peut s'effectuer que très-incomplètement.

Quand on décompose la solution du sel anhydre par un excès d'hydrate de potasse, et qu'ensuite on la fait évaporer à une faible chaleur, sans la faire bouillir, il se forme tout-à-coup, à un certain degré de concentration, une quantité assez considérable de poudre cristalline, qui, lavée à l'eau froide, consiste en sulfate de potasse mêlé d'un peu d'hyposulfite de potasse; en purifiant cette poudre cristalline par une nouvelle cristallisation, on peut en obtenir les cristaux de sulfate de potasse les plus beaux et les plus purs, sans aucune trace d'hyposulfite; celui-ci reste tout dans l'eau-mère. On obtient encore le même résultat quand on concentre dans le vide, au moyen de l'acide sulfurique, et sans l'intervention de la chaleur, la dissolution récemment préparée du sel ammoniacal anhydre, avec un excès de potasse. Dans ce cas, il se sépare également du sulfate de potasse à un certain degré de concentration, pendant que l'hyposulfite reste pour la plus grande partie dans la dissolution.

Puisque l'acide sulfureux du sel ammoniacal anhydre se transforme en acides sulfurique et hyposulfureux, il doit y avoir des quantités égales de soufre dans les acides sulfureux et hyposulfureux produits, ou bien, quand on décompose la dissolution saline par le nitrate d'argent, l'acide sulfurique produit doit contenir trois fois autant de soufre que le sulfure d'argent. Plusieurs analyses m'ont donné, pour le sulfure d'argent, des quantités de soufre sensiblement moindres; cela provient de ce que, comme je l'ai fait remarquer plus haut, une partie de l'acide sulfureux a précipité de l'argent à l'état métallique, et a passé ainsi à l'état d'acide sulfurique.

Puisque dans certaines manières de voir, on regarde l'acide hyposulfureux comme formé d'acide sulfureux et de soufre, et l'acide hyposulfurique comme un composé d'acide sulfureux et d'acide sulfurique, parce que ces acides donnent ces produits sous l'influence d'autres acides, on peut, par le même motif, regarder l'acide sulfureux du sulfite anhydre, à la différence de l'acide sulfureux ordinaire, comme formé des acides hyposulfureux et sulfurique, ou de soufre, d'acide sulfureux, et d'acide sulfurique.

Si l'on traite le sulfite anhydre d'ammoniaque par l'alcool concentré, il se produit des phénomènes dont l'examen m'occupe encore; mais si l'on fait passer de l'ammoniaque sèche et de l'acide sulfureux dans l'alcool concentré, il s'y produit un sel insoluble, qui, dissous dans l'eau, se comporte exactement comme une dissolution de sulfite d'ammoniaque hydraté ordinaire.

D'après ces expériences, les combinaisons anhydres des acides sulfurique et sulfureux sont des corps d'une nature particulière, qui, bien qu'ils soient solubles dans l'eau, ne sont point transformés par ce liquide en sels ammoniacaux hydratés. On ne peut donc regarder l'ammoniaque de la dissolution du sulfate anhydre, ni celle de la dissolution récemment préparée du sulfite anhydre d'ammoniaque, comme semblable à l'ammoniaque des sels hydratés, ou comme un oxide d'ammonium (NH^4)-

(*Annales de Poggendorf.*)

Mémoire sur la composition chimique du lait d'ânesse;

Par M. E. Péligot.

Ces recherches ont été entreprises dans le but de reconnaître si les différences qu'on observe dans les effets du lait d'ânesse sur l'économie animale, ne tiendraient pas à des changements dans la proportion des éléments constitutifs de ce liquide, et pour déterminer, dans le cas où cette conjecture se trouverait vérifiée, les circonstances qui influent sur cette variation dans la quantité relative des principes immédiats.

Le procédé employé par M. Péligot, consiste à soumettre une certaine quantité de lait dont on a déterminé au préalable la densité et le volume, à la chaleur du bain-marie. Lorsque le résidu cesse de perdre par l'évaporation, on le pèse, puis on le traite par un mélange d'alcool et d'éther, et l'on emporte par ce moyen toute la matière grasse: on opère de nouveau la dessiccation, on pèse, et la différence des deux nombres donne le poids du beurre. Des lavages à l'eau froide séparent du caséum le sucre de lait, dont la quantité est ensuite déterminée par le même moyen que l'a été celle de la matière grasse.

La densité du lait d'ânesse varie entre 1030 et 1035, la densité de l'eau étant représentée par 1000. Elle est à peu près la même que celle du lait de vache, lequel renferme cependant un poids plus considérable de matières solides. Ce résultat, qui paraît contradictoire, s'explique en raison de la grande quantité de beurre que renferme ce dernier lait, comparée à celle que contient le lait d'ânesse; cette quantité tend à diminuer sa densité.

Le lait d'ânesse diffère beaucoup des autres laits, par la proportion considérable de sucre de lait qu'il contient; c'est à la prédominance de cette matière qu'il faut probablement, dit M. de Péligot, attribuer la plupart de ses propriétés médicales.

D'après une moyenne tirée de seize analyses, l'auteur a trouvé que 100 parties de lait d'ânesse renferment:

Matières solides. .	9,53. .	Beurre. . .	1,29
Eau.	90,47. .	Sucre de lait	6,29
		Caséum. . .	1,95
	100,00		

La proportion des matières solides obtenues varie entre 7 et 11 p. 100 de lait; elle est quelquefois, mais rarement au-dessous de 7.

La composition du lait d'ânesse peut, comme celle des autres laits, varier sous l'influence de diverses causes, et en particulier sous l'influence de la nourriture. Afin de se rendre raison des effets dus à cette dernière cause, la même ânesse a été soumise successivement à différentes nourritures. Au bout de quinze jours au moins d'un régime uniforme, son lait a été soumis à l'analyse.

Première expérience. Une ânesse a été nourrie pendant un mois avec des carottes dépouillées de leurs fanes; au bout de ce temps, ce lait contenait, pour 100 parties:

Matières solides.	8,89...	Beurre. . .	1,25
		Sucre de lait.	6,02
Eau.	91,11	Caséum. . .	1,62
	100,00		8,89

Ce lait, évaporé jusqu'à siccité, offrait une couleur orangée, exhalait l'odeur de la carotte. Cette ânesse mangeait dix-huit kilogrammes de carottes par jour.

Deuxième expérience. La même ânesse fut ensuite nourrie avec des betteraves rouges ; au bout de quinze jours, son lait offrait la composition suivante :

es solides.	10,23...	Beurre . . .	1,39
		Sucre de lait.	6,51
Eau.	89,77	Caséum. . .	2,33
			10,23

C'est la nourriture qui a fourni le lait le plus riche en matières solides, l'ânesse mangeait par jour 21 kilogrammes de betteraves.

Troisième expérience. On a donné pendant un mois à la même ânesse, 7 kilogrammes d'avoine concassée, et 3 kilogrammes de luzerne sèche par jour ; son lait, au bout de ce temps, contenait :

Matières solides.	9,37...	Beurre . . .	1,40
		Sucre de lait.	6,42
Eau.	90,63	Caséum. . .	1,55
			9,37

Quatrième expérience. La même ânesse nourrie quinze jours avec des pommes de terre, son lait a donné à l'analyse :

Matières solides.	9,29...	Beurre . . .	1,39
		Sucre de lait.	6,70
Eau.	90,71	Caséum. . .	1,20
	100,00		

De ces analyses, on serait porté à conclure que la betterave est la matière qui convient le mieux pour donner un lait riche en principes solides ; viennent ensuite les mélanges de luzerne et d'avoine, puis les pommes de terre, puis les carottes. On a cherché de plus à se rendre compte du poids du lait fourni à la suite de différentes nourritures. Ce poids a été trouvé d'autant plus fort, que la quantité de matières solides existant dans le lait était elle-même plus considérable. Ainsi l'on a recueilli, après un sevrage de neuf heures :

Après la nourriture avec les betteraves	1k,500 de lait,
Avec l'avoine et la luzerne.	1 ,500
Avec les pommes de terre.	1 ,250
Avec les carottes.	1 ,000

J'ai mentionné, dit M. Péligot, le temps qui s'était écoulé depuis qu'on avait trait l'animal, parce que c'est une des circonstances qui peuvent influer beaucoup sur la quantité des principes contenus dans le lait. Afin de bien apprécier l'influence de cette cause, les expériences suivantes ont été faites. Le lait d'une même ânesse a été recueilli après 1 heure et demie de sevrage, après 6 heures, après 24. Ce lait analysé contenait :

	Après 1 h. et demie.	Après 6 h.	Après 24 h.
Beurre.	1,55	1,40	1,23
Sucre de lait. . .	6,65	6,40	6,33
Caséum.	3,46	1,55	1,01
Matières solides. .	11.66	9,37	8,57
Eau.	88,34	90,63	91,43
	100,00	100,00	100,00

On voit que la proportion des matières solides était devenue moindre, ou en d'autres termes, que le lait devenait d'autant moins riche, qu'il s'était écoulé plus de temps depuis la dernière traite. Comme ce résultat se trouvait directement contraire à l'opinion commune, l'auteur craignit qu'il ne dépendît de quelque circonstance accidentelle, ou que peut-être les limites entre lesquelles la sécrétion s'effectue d'une manière normale, n'eussent été dépassées. Il recommença donc ses expériences, en prenant le lait après six heures et après 12 heures de sevrage :

	Après 6 h. de sevrage.	Après 12 h.
Beurre.	1,73	1,51
Sucre de lait. . .	7,00	6,70
Caséum.	1,25	1,10
Matières solides. .	9,98	9,31
Eau.	90,02	90,69
	100,00	100,00

Non seulement le lait peut varier dans sa composition selon le temps plus ou moins prolongé du sevrage, mais il présente encore des différences sensibles à l'analyse, selon qu'il est pris vers le commencement ou vers la fin de la traite totale. Ainsi, en divisant en trois parties le lait recueilli sans interruption, dans une même traite, après un sevrage de 9 heures, l'analyse de ces trois parties a donné :

Beurre.	0,96	1,02	1,52
Sucre de lait. . . .	6,50	6,48	6,45
Caséum.	1,76	1,95	2,95
Matières solides. . .	9,22	10,45	10,94
Eau.	90,78	89,55	89,66
	100,00	100,00	100,00

Ainsi, dans une même traite, le lait le plus riche est celui qu'on obtient le dernier, ce qui est d'ailleurs conforme à l'opinion universellement répandue dans les campagnes, et aux expériences de M. Deyeux et de Parmentier sur la proportion de beurre contenue dans les diverses parties du lait d'une même traite.

Pour terminer son travail, M. Péligot a cherché à s'assurer si certaines substances minérales introduites dans la nourriture de l'animal peuvent passer et se retrouver dans le lait.

On a administré pendant six jours, à une ânesse, 30 grains d'iodure de potassium ; au bout de ce temps son lait a été soumis à l'analyse. Après l'avoir fait évaporer jusqu'à siccité, on a incinéré le résidu dans un creuset de platine : la partie soluble dans l'eau rendue acide par l'acide sulfurique, a donné, au moyen de la dissolution d'amidon et du chlorure, une coloration en

bleu très-sensible. Ce lait renfermait donc de l'iodure de potassium. Le sel marin, donné à 10 grammes par jour, a été reconnu dans le lait par sa saveur ; l'analyse l'y a fait également reconnaître. Le chlorure donné à 5 grains par jour à une ânesse, et à 12 grains à une chèvre, n'a pu être reconnu dans le lait.

On a fait prendre à une ânesse 30 grammes de bicarbonate de soude pendant six jours; au bout de ce temps son lait fut très-alcalin, au moment même où on le recueillait. L'expérience a été faite sur quinze laits différents. Ordinairement le lait d'ânesse fraîchement tiré exerce une réaction acide.

Extrait de quelques Recherches chimiques faites à Giessen ; par MM. Liebig et Pelouze.

Depuis longtemps on a soupçonné que le vin contenait un principe particulier, cause de l'odeur agréable appelée ordinairement *bouquet des vins*. Ce principe avait paru jusqu'ici se soustraire à toutes les recherches.

Nous avons l'honneur d'entretenir l'Académie des expériences que nous avons faites sur une huile essentielle qui nous a été remise par M. Deleschamps, pharmacien de Paris, et qui, d'après toutes ses propriétés, paraît être le principe si longtemps cherché. Cette matière ressemble entièrement aux essences, et nous a été donnée comme telle; son odeur est tout à fait celle d'un vieux vin, à part son intensité. Ses propriétés chimiques l'éloignent de la classe des huiles essentielles, et sous le rapport de sa constitution, elle jette un nouveau jour sur la chimie organique, en fournissant le premier exemple bien constaté de l'existence d'un véritable éther, formé dans l'acte de la fermentation et sans l'intermédiaire du chimiste. Cet éther est composé d'un atome d'éther sulfurique et d'un atome d'un nouvel acide que nous proposons d'appeler *acide œnanthique*, et qui est formé de $C^{14}\ H^{26}\ O^{2}$. La condensation de sa vapeur est celle des éthers formique et acétique.

L'acide se présente sous la forme d'une huile grasse qui cristallise à + 13°. A l'état de liberté, il contient un atome d'eau qu'il perd par la distillation. En le combinant avec l'éther sulfurique, nous avons pu facilement reproduire *l'éther œnanthique*.

Nous avons cru nécessaire, pour bien fixer la composition de l'un des acides les plus remarquables, l'*acide mélitique*, de faire quelques recherches analytiques sur sa combinaison avec l'oxide d'argent.

Nous croyons que cet acide peut être regardé comme un hydracide, et nos expériences confirment, à cet égard, les vues de M. Dulong sur l'acide oxalique.

Le mélitate d'argent séché dans le vide, à côté de l'acide sulfurique, renferme de l'hydrogène qu'il ne perd qu'à 180°, sous forme d'eau et en changeant de couleur. Il n'existe pas un seul sel d'argent qui présente un pareil résultat; tous sont anhydres. Pour ce cas particulier, la formation de l'eau paraît être la suite de la réduction de l'oxide et non une simple volatilisation d'eau qui préexisterait dans le sel.

D'après les analyses connues, l'acide mélitique renferme 3 atomes d'oxigène; nous avons lieu de croire qu'il en contient quatre, et de plus, 2 atomes d'hydrogène; que cet hydrogène entre dans la constitution de tous les mélitates, excepté dans celui d'argent chauffé à 180°, de telle sorte que ce dernier représente une combinaison d'argent métallique avec le radical de l'hydracide.

L'analyse de l'éther mucique, faite par M. Malaguti, a mis en doute la composition de l'acide mucique, déduite du mucate de plomb, par M. Berzélius; nous avons cru utile de fixer l'opinion des chimistes à cet égard, et nous avons trouvé que le mucate d'argent et l'éther mucique possèdent en effet la composition que leur a assignée M. Malaguti.

Les recherches de M. Graham ont éveillé l'attention des chimistes sur le rôle que joue l'eau dans une foule de combinaisons. Nous avons répété les expériences de M. Frémy sur les nouveaux acides gras que ce chimiste a découverts, et constaté l'exactitude parfaite de ses résultats.

Les xanthates, découverts et analysés depuis plusieurs années par M. Zeise, ont été dernièrement l'objet de quelques recherches de M. Couerbe. Ce chimiste, d'accord avec M. Zeise sur la composition des sels alcalins, en diffère complétement par la manière dont il considère la constitution du xanthate de plomb; nous nous sommes assurés que les analyses de M. Zeise sont exactes, et que la série entière des xanthades offre, comme l'a dit ce dernier chimiste, une seule et même composition.

Les conclusions que M. Couerbe a tirées de ses expériences, relativement à la question générale de l'éthérification, perdent en conséquence tout leur poids.

Une question de la plus haute importance a été soulevée par les travaux de M. Chevreul sur les corps gras. La stéarine et quelques autres substances grasses, neutres, se changent, par l'action des alcalis, en une substance particulière, la glycérine, et en acides. Ces matières sont-elles le produit de l'affinité la base s'exerçant sur la stéarine, ou y préexistent-elles toutes formées? Dans ce dernier cas, les corps gras neutres seraient analogues à une certaine série d'éthers composés.

Nous avons préparé et analysé avec le plus grand soin de la stéarine parfaitement pure. Sa composition confirme en tout point les vues si profondes de M. Chevreul sur la constitution de cette classe de corps et leur analogie avec les éthers. La stéarine est analogue à l'acide sulfoglycérique; elle renferme 1 atome de stéarate anhydre de glycérine et 1 atome d'acide stéarique hydraté, c'est-à-dire qu'elle a la composition des acides viniques. Comme M. Chevreul l'a depuis longtemps observé, cette matière change les carbonates en bi-carbonates, en s'emparant de la moitié de leur base; nous avons constaté que dans cette circonstance il se forme une nouvelle classe de sels, des stéaro-glycérates alcalins.

La théorie de la saponification, telle qu'elle a été établie par M. Chevreul, et telle qu'elle découle également de nos analyses, présente un accord vraiment surprenant avec toutes les expériences quantitatives de ce chimiste.

On avait admis jusqu'ici trois espèces de sucre bien distinctes. Toutefois l'une de ces espèces, le sucre de champignon, avait été fort peu étudiée. Nous avons fait l'analyse des sucres bien purs et bien cristallisés du *canthaellus merulius* et du *clavaria corralloides*, et trouvé que ces matières ne sont autre chose que de la mannite, dont elles possèdent d'ailleurs les propriétés. M. Malaguti est arrivé de son côté, et à une époque

antérieure, aux mêmes conclusions que nous, relativement à la matière sucrée retirée d'une autre espèce de champignon; mais le peu de matière qu'il avait à sa disposition ne lui avait pas permis de tirer de ses expériences un résultat définitif.

Un échantillon de sucre extrait du *seigle ergoté*, qui a été signalé comme une espèce de champignon par quelques naturalistes, nous a également offert la composition et les propriétés de la manite.

La production encore inexpliquée de l'esprit de bois nous a engagé à faire quelques expériences tendant à l'obtenir par la décomposition de l'acide acétique; nous n'avons pas réussi dans notre attente, mais nous avons fait l'observation curieuse que sans le contact d'une base l'acide acétique se décompose entièrement à une température rouge, en acide carbonique et en acétone. On obtient cette substance avec une facilité et une abondance telles, que nul autre mode de préparation n'est préférable à celui-ci.

Le chlore humide agissant sur l'essence d'amandes amères produit un corps cristallisé, neutre, qu'on peut considérer comme formé d'un atome d'acide benzoïque et de deux atomes d'hydrure de benzoïle. Nous avons vu que l'essence de laurier-cerise se comporte de la même manière, et trouvé une composition semblable à la matière cristalline qu'elle fournit dans les mêmes circonstances.

Note sur la Fabrication du Platine; par M. Pelouze.

Le procédé de Wollaston pour la fabrication du platine n'est exécuté que par les personnes qui font de ce métal un objet de commerce. Les chimistes ne préparent pas le platine malléable pour les besoins de leurs laboratoires, et dans aucun cours public sa préparation n'a jamais lieu. M. Liebig est, je crois, le seul qui le fasse dans ses leçons. Bien que le procédé qu'il suit soit exactement, et en tout point, celui de Wollaston, et qu'il ne présente rien de neuf sous le rapport scientifique, je crois néanmoins faire quelque chose d'utile et d'agréable aux chimistes en leur rappelant un procédé beaucoup trop négligé et si facile à exécuter que l'on peut dire qu'il n'y a pas d'opération, quelle qu'elle soit, plus simple et plus expéditive que celle de la fabrication du platine malléable faite dans le petit appareil suivant :

C'est un cylindre creux, très-légèrement conique, dont une des extrémités est fermée par une petite plaque métallique très-épaisse. Après avoir décomposé, à une température aussi basse que possible, le muriate-ammoniacal de platine, on détache avec une tige de bois la *mousse* qui en résulte; on fait avec celle-ci et de l'eau, une pâte claire que l'on introduit dans le cylindre : on engage un piston de fer dans le cylindre, et après l'avoir pressé d'abord très-légèrement pendant une ou deux minutes, on le comprime ensuite avec le plus de force possible. Un anneau de fer sur lequel on appuie la base du cylindre, permet de retirer avec facilité le morceau de platine en frappant un coup de marteau sur le piston de fer.

Le platine retiré du cylindre a déjà une très-grande densité et un aspect métallique brillant. On le fait sécher à une douce chaleur, et après l'avoir ensuite maintenu à une température blanche, pendant un quart d'heure, on le retire rapidement du creuset et on lui donne un seul coup de marteau. On le reporte au feu quatre ou cinq fois en ayant soin de n'augmenter que graduellement le nombre des coups de marteau.

En moins d'une demi-heure, l'opération tout entière est finie; elle est tellement facile que le résultat en est toujours certain.

Je mets sous les yeux de l'Académie une spatule et une lame de couteau de platine que j'ai vu préparer, en quelques minutes, à Giessen, dans le laboratoire de M. Liebig.

De la masse du fluide électrique; par M. Georges Aimé.

Il n'y a pas de doute que les fluides impondérables ne soient soumis à la loi de réaction égale et contraire à l'action, et que le principe de la conservation du mouvement du centre de gravité, qui en est la conséquence, ne doive aussi s'observer dans leurs mouvements comme dans celui de toutes les autres substances dont ils ne diffèrent que par leur extrême ténuité. Ainsi quand l'électricité s'échappe d'un mobile par un seul côté, ce corps doit reculer en sens contraire afin que le centre de gravité du système entier demeure en repos; mais la quantité de mouvement qu'il prendra ne sera sensible qu'autant que celle de ce fluide impondérable le sera également, à raison de la grandeur de la vitesse, et malgré la petitesse de la masse.

L'expérience démontrant que le fluide électrique dans le vide ou sur les corps conducteurs s'écoule avec une vitesse très-grande, on pouvait admettre que la quantité de mouvement produite par la sortie dans le vide d'une masse insensible d'électricité pourrait être rendue appréciable au moyen de la balance de torsion.

Je pris donc un récipient de machine pneumatique, traversé à sa partie supérieure par une tige en cuivre, j'y attachai dans l'intérieur un fil de laiton extrêmement mince auquel était suspendu un autre fil de laiton courbé en S et disposé de telle manière qu'en plaçant la cloche sur la platine, le plan du fil S se trouvait perpendiculaire à la verticale suivant laquelle l'autre fil était dirigé en vertu de son poids.

En mettant la partie extérieure de la tige de cuivre en communication avec une machine électrique, l'électricité passait dans l'intérieur du récipient, venait s'échapper par les pointes du fil en S, et produisait un mouvement de rotation. Un seul tour de roue suffisait pour produire un grand nombre de révolutions. M'étant ainsi assuré que l'appareil fonctionnait bien, je fis le vide, et après une dizaine de coups de piston, la rotation cessait d'avoir lieu lorsque je mettais la tige en communication avec la machine électrique en mouvement. Je m'aperçus que l'électricité ne s'échappait plus par les pointes, aussi je vernis alors les fils, en laissant toutefois les pointes intactes, et pour forcer le fluide à s'échapper dans la direction même des pointes, je plaçai dans l'intérieur de la cloche et en regard de ces pointes des lames de métal en communication avec le sol.

La rotation eut lieu alors, mais précisément en sens contraire à celui où elle avait eu lieu primitivement. Les deux pointes se précipitaient sur les lames métalliques dès que l'écoulement électrique avait lieu.

N'ayant pas obtenu le résultat que je désirais avec cette disposition, j'en adoptai une autre : Aux extrémités du fil en S je plaçai deux petits tubes capillaires, en supprimant toutefois les lames métalliques. L'électricité s'échappait alors en aigrettes lumineuses à travers ces tubes, retombait ensuite verticalement pour gagner le tube métallique aspirateur de la platine. En faisant le vide à quelques millimètres, la rotation cessait tout à fait.

Je crois donc pouvoir conclure de ses expériences, non pas que l'électricité n'a pas de masse, mais que cette masse ne peut être évaluée par les moyens les plus délicats que la physique ait à sa disposition.

L'air étant un fluide mauvais conducteur de l'électricité et le vide pouvant être assimilé à un fluide bon conducteur, je fus conduit à chercher si j'obtiendrais dans les liquides bons et mauvais conducteurs des effets analogues à ceux que j'avais obtenus dans l'air et dans le vide. A cet effet, je plongeai dans l'eau un tourniquet verni sur toute sa surface, à l'exclusion des pointes ; mais je ne parvins pas à produire de rotation. Dans l'huile au contraire la rotation fut très-rapide. Peut-être cette rotation pourrait-elle servir à distinguer les différentes huiles entre elles.

Pendant que je m'occupais de ces expériences, je remarquai un fait qui ne s'y rattache pas directement, mais qui me semble intéressant parce qu'il paraît expliquer un phénomène produit par les courants galvaniques. Aussi, je crois devoir l'exposer ici. Quand on place du mercure dans une coupelle, si l'on verse un acide sur ce mercure, et que l'on plonge dans le mercure le pôle d'une pile en activité, tandis que l'autre vient toucher seulement l'acide, il y a des mouvements violents dans le mercure et dans l'acide. Pensant que cet effet provenait de la différence de conductibilité du mercure et de l'acide, j'essayai de reproduire le même phénomène avec deux liquides, l'un bon et l'autre mauvais conducteur. Je versai une goutte d'eau dans une capsule pleine d'huile, et en isolant cette capsule, je mis la goutte d'eau en communication avec une machine électrique ordinaire en mouvement. Dès que je plongeais un fil métallique, que je tenais à la main, dans le bain d'huile, la goutte d'eau exécutait des mouvements comparables à ceux du mercure dans l'expérience galvanique.

Le mercure pouvait remplacer l'eau ; l'expérience avait également lieu d'une manière satisfaisante en l'agitant de façon à le réduire en globules imperceptibles à l'œil nu; un seul tour de roue suffisait pour les réunir en une seule masse.

Je suis donc porté, d'après ce qui précède, à penser que les mouvements produits par la pile sont dus, en très-grande partie, à la différence de conductibilité des deux corps en présence. Je dis en grande partie, car il est probable que l'action chimique de l'acide sur le mercure, action favorisée par le courant, y joue aussi son rôle.

MEDICO-CHIRURGICAL REVIEW,

BY J. JOHNSON AND H. J. JOHNSON.

Tumeur sarcomateuse du dos ; perforation du canal rachidien ; désorganisation de la moelle épinière.

Obs. — Une femme, âgée de 28 ans, en se promenant chez elle, tombe subitement dans une attaque de paralysie de toutes les parties sous-thoraciques. Elle rend les fèces involontairement depuis ce moment, et sa vessie a besoin du secours de la sonde pour se vider. L'examen le plus attentif n'a découvert aucune maladie à l'épine. La malade s'était seulement plainte quelques jours auparavant d'une légère indisposition. On a opposé une foule de remèdes à sa paralysie sans aucun résultat avantageux.

Quelques semaines après, on a aperçu, pour la première fois, sur le côté gauche de l'épine, à la hauteur des omoplates, une tumeur tendue, légèrement élastique à la pression, de volume progressif; elle a acquis en peu de jours le volume du poing. On soupçonne à ces caractères un sarcome médullaire ; aussi s'est-on bien gardé de l'ouvrir. En attendant, des ulcères très-larges se déclarent aux fesses et au dos, mais la malade n'en souffre nullement. La mort est arrivée quelques mois après.

A l'autopsie on a trouvé que la tumeur était de la nature ci-devant indiquée. Elle s'étendait à travers les apophyses épineuses de deux vertèbres dorsales jusque dans le canal médullaire. La moelle, sur ce point, était désorganisée et réduite en une sorte de crême. L'auteur de cette observation cite un second cas pareil ; seulement la paralysie ne s'était déclarée ici que petit à petit.

On sait que des tumeurs anévrysmales, soit des cavités viscérales, soit du col, se sont quelquefois fait jour dans le canal vertébral par l'usure successive de la substance des vertèbres, et ont produit soit une paralysie lente et progressive, soit une mort instantanée par la rupture de la poche sanguine dans le même canal. On avait cru que ces sortes de perforations du canal rachidien tenaient à l'action pulsatile de ces espèces d'hématocèles. L'observation qui précède démontre cependant que le même résultat peut être occasionné par des tumeurs de toute autre nature.

Hernie ventrale; étranglement de l'intestin par l'épiploon; gangrène sénile de l'extrémité supérieure ; mort.

Obs. — Une femme, âgée de 63 ans, fut admise à l'hôpital se plaignant d'anxiété, de douleurs intestinales, et de constipation depuis quatre jours. En l'examinant, M. Parsons trouve une hernie ventrale immédiatement au-dessus de l'ombilic, offrant le volume de la tête d'un enfant ; elle était un peu sensible à la pression, de même que l'abdomen ; les manœuvres du taxis la réduisaient de moitié, et l'on entendait à l'instant de grands gargouillements ; en cessant de la comprimer, la tumeur reprenait de suite son premier volume, et de nouveaux gargouillements se faisaient entendre. Cette hernie existait depuis dix ans et elle avait toujours été irréductible. Au dire de la malade, les souffrances qu'elle éprouvait avaient déjà existé plusieurs fois et elles s'étaient toujours dissipées par l'usage des purgatifs, elle avait aussi été sujette à des attaques d'asthme.

On prescrit du calomel et des lavements purgatifs. La malade vomit le médicament ; les clystères ne produisent aucun effet. On donne l'huile de ricin, qui est retenue.

Le soir, la hernie et l'abdomen sont plus sensibles ; le pouls est lent et faible. La malade se plaint d'impuissance au bras droit, qui est devenu tout à coup comme paralysé. La prostration des forces et la réduction apparente des intestins de la hernie éloignent l'idée de l'opération. Cependant, la nuit suivante, la malade vomit plusieurs fois ; les lavements ne donnent pas de selles ; la tumeur devient plus volumineuse le lendemain ; le pouls est presque éteint. Les doigts et la main sont froids, desséchés et livides ; tout l'avant-bras est insensible, et le coude est très-douloureux. La mort a bientôt suivi cet état.

Nécropsie vingt heures après.

Bras. L'artère brachiale est très-contractée ; elle offre la largeur de la radiale ; un petit caillot libre existe dans son intérieur ; ses parois sont saines d'ailleurs. Les parois de la sous-clavière n'offrent non plus d'altération, excepté au-dessous de la clavicule, où elles sont légèrement malades.

Hernie. La peau de la tumeur est décolorée et sale. Le sac contient une masse d'épiploon sain, mais adhérent aux parois de la poche par des liens de vieille date. Derrière cette membrane on trouve une grande anse d'intestin grêle, distendue par des gaz, noire et gangrénée. Le doigt peut passer librement à travers le col du sac jusque dans l'abdomen, et l'intestin gangréné n'était sans doute passé dans le ventre que lors des pressions exercées sur la tumeur. La cause de la mortification de l'intestin était une espèce de corde formée par l'épiploon, s'étendant de l'abdomen dans le sac où terminait l'adhérence. Entre cette corde épiploïde et une seconde portion volumineuse d'omentum contenu dans le sac, il s'était glissé une anse intestinale qui s'était étranglée. Cette portion du jéjunum offrait 6 à 7 pouces de longueur de chaque côté, et était, comme l'autre portion gangrénée trouvée dans le ventre, noire et distendue par des gaz ; elle était, du reste, entière en apparence ; mais, lorsqu'elle a été coupée avec des ciseaux, tout le tube s'est décomposé entre les mains, comme si ce fût du papier mouillé. Le reste du tube

intestinal offrait des portions noirâtres et des adhérences multiples de consistance molle et tendre.

La coïncidence de la morbification mécanique de la hernie avec la gangrène sèche du membre thoracique rend cette observation digne d'un intérêt particulier. Suivant M. Parsons, une pareille circonstance contre-indique formellement toute opération sanglante. Il l'attribue à un état particulier de l'organisme et dit l'avoir observé plusieurs fois chez des sujets de mauvaise constitution à l'occasion de telle ou telle lésion traumatique. M. Parsons cite l'observation d'une femme, âgée de 50 à 60 ans, adonnée à l'ivrognerie, chez laquelle le membre inférieur a été subitement frappé de gangrène, à l'occasion de l'amputation du sein. Chez un homme, grand buveur, âgé de 30 à 40 ans, la gangrène se déclara aussi subitement au membre abdominal après une plaie à la tête.

Exposé des lésions organiques qui ont été rencontrées à l'autopsie de cent sujets qui ont été traités à l'hôpital de Guy de l'affection granuleuse des reins, ou de l'altération albumineuse des urines.

Lorsqu'on s'attache d'une manière particulière à l'étude d'un point de pathologie, il est rare qu'on ne finisse par tomber dans l'exagération. En généralisant trop tôt certaines observations, on finit par établir, comme rigoureux, certains principes qui ne le sont pas en réalité. De là des erreurs fréquentes. C'est ce qui est arrivé à l'égard de la maladie des reins décrite par le docteur Bright. Il a bien observé les rapports qui existent entre les urines albumineuses et l'état d'altération des reins ; mais s'étant trop hâté de déduire des conséquences générales, il est tombé dans de fausses applications. Il a cru que les autres lésions qu'on rencontrait dans l'organisme, conjointement à la maladie rénale, dépendaient de l'état granuleux des reins. Cette question ne pouvait pas être décidée sans l'observation d'une grande masse de faits. Or, sur cent individus morts à l'hôpital de Guy avec l'état albumineux des urines, on a noté des altérations variées qu'il est impossible de rattacher à la cause signalée par le docteur Bright. Voici du reste quels sont les résultats généraux obtenus aux autopsies des cent individus, dont on a enregistré avec exactitude les détails :

1° *Lésions des membranes séreuses.* (*Plèvre*). Quarante individus ont présenté les restes de phlegmasies anciennes aux séreuses thoraciques avec adhérences. Bien que dans le début de l'affection rénale, ou même plus tard, la même cause ait pu à la rigueur agir à la rigueur agir à la fois sur les séreuses et sur les glandes urinaires ; rien ne démontre surtout que ces phlogoses n'aient dépendu de tout autre principe, comme de l'action accidentelle des intempéries atmosphériques, par exemple. Chez seize autres, il y avait eu pleurésie récente, dont on a constaté les restes. Chez quarante et un, les cavités plévrales étaient remplies de sérosité (hydrothorax non-inflammatoire). Chez vingt-neuf, la plèvre était parfaitement saine, ce qui indique déjà que la pleurésie n'est pas une conséquence indispensable de la maladie des reins.

(*Péricarde*). Six fois le péricarde a présenté de vieilles adhérences. Huit fois l'inflammation était récente. Vingt-trois fois il était rempli de sérosité (hydropéricarde non-inflammatoire).

(*Péritoine*). Dix fois le péritoine a offert des adhérences anciennes. Douze ou treize fois il y a eu péritonite récente bien marquée, l'inflammation a même été très-intense dans quelques cas. Vingt-trois fois il y a eu ascite, dont trois cas seulement ont présenté des fausses membranes.

(*Arachnoïde*). Treize fois l'arachnoïde était opaque, ce qui était probablement dû à un travail de phlogose. Vingt-neuf fois cette membrane était remplie de sérosité. Six fois les ventricules étaient distendus par ce liquide.

2° *Lésions du cœur.* Trente-trois fois le cœur n'a offert aucune altération. Dans le reste, le cœur a toujours présenté des altérations dont la plus fréquente a été l'hypertrophie, avec ou sans lésion des valvules. Ce qu'il y a de plus remarquable à cet égard, c'est que sur cinquante-deux cas d'hypertrophie, trente-quatre fois les valvules n'ont rien présenté d'anormal ; mais onze fois l'aorte a été plus ou moins malade dans ce dernier nombre. Cette hypertrophie existait le plus souvent au ventricule gauche. Le docteur Bright présume que l'hypertrophie du cœur dépend de l'altération du sang, ce qui paraît assez arbitraire. Si l'on veut réfléchir que, dans la plupart de ces cas, il s'agissait de sujets du peuple exerçant des professions pénibles et adonnés à la boisson alcoolique, on se rendra plus facilement compte de la coïncidence de cette lésion. A Londres, rien n'est plus fréquent chez le peuple que de rencontrer cette affection du cœur en compagnie de plusieurs maladies chroniques ; et en général l'affection granuleuse des reins s'observe bien moins souvent que l'hypertrophie du cœur. La coexistence de ces deux affections ne dépend donc pas d'un lien nécessaire. Il importe néanmoins de faire noter que l'affection du cœur a fait des progrès en même temps que celle des reins. Chez six sujets le cœur était mou et flasque. Chez quatre il était atrophié. Dans ces derniers cas la maladie rénale n'arriva point jusqu'a la période de dureté.

3° *Lésions du poumon.* Les altérations principales, qu'on a rencontrées dans les poumons, sont l'œdème et la bronchite ; souvent aussi l'emphysème partiel. L'œdème a été trouvé trente et une fois. C'est là la cause la plus fréquente de la mort prompte dans cette affection. Six fois on a trouvé les restes d'une pneumonie récente. Trois fois la pneumatite était chronique. Dans quelques cas on a rencontré l'apoplexie pulmonaire due à la maladie du cœur ou de l'aorte. La phthisie tuberculeuse a été rarement rencontrée conjointement à la granulation rénale. Quatre sujets seulement sont morts phthisiques dans le nombre. D'où l'on peut déduire que la constitution tuberculeuse n'est pas favorable au développement de l'affection rénale de Bright. Il y a plus, chez plusieurs individus tuberculeux chez lesquels la maladie rénale s'est déclarée, la maladie pulmonaire s'est seulement montrée d'abord dans les lobes supérieurs, puis elle s'est amendée ou bien elle a disparu complètement. Loin donc d'être liées ensemble ces deux maladies s'excluent réciproquement, ou en d'autres termes, la granulation rénale est contraire au développement de la phthisie. En conséquence, on ne peut pas considérer l'affection des reins comme de nature tuberculeuse. On pourrait peut-être la rallier avec plus de probabilité au même état d'intempérance habituelle qui occasionne plutôt l'hypertrophie du cœur qu'une maladie du poumon.

4° *Lésions du foie.* Quant à l'état du foie et des viscères abdominaux, on trouve un contraste remarquable en les comparant au cœur et au poumon. Il est assez remarquable que l'intempérance, avec laquelle l'affection rénale paraît se rallier si souvent, ne s'accorde nullement avec l'état du foie et des organes digestifs qui auraient dû être très-fréquemment altérés. Les effets de l'intempérance sont si constants sur le foie, qu'il suffit d'une certaine apparence de bouffissure propre aux ivrognes pour déduire l'existence d'une maladie du foie. Pourtant, en comparant nos tableaux nécrologiques, nous sommes obligés de porter ici un tout autre jugement relativement à la glande biliaire.

Chez quarante individus le foie n'a présenté aucune altération. Chez trente-deux, il y avait à peine un engorgement sanguin, ce qui du reste est très-ordinaire dans tous les cas où la circulation chronique est gênée. Ce n'est que chez dix-huit sujets seulement que le foie parut réellement malade. Aucune connexion manifeste cependant n'existait entre la maladie des reins et celle du foie ; effectivement chez les sujets dont le foie était sain l'affection rénale existait très-souvent au plus haut degré, tandis que chez les autres dont la glande biliaire était très-altérée, la lésion des reins était dans la moitié des cas peu avancée. Dans deux cas de dégénérescence graisseuse du foie, les reins étaient mous, lisses et blancs, et dans un troisième, au contraire, le foie graisseux coexistait avec l'état dur, rugueux et lobulé des glandes urinaires.

5° *Lésions des autres viscères abdominaux.* L'estomac paraît avoir été un peu malade par l'abus des liqueurs alcooliques. Dix-huit fois la muqueuse gastrique a donné des signes d'irritation. Dix-neuf fois les intestins grêles parurent irrités partiellement, leur muqueuse offrait des ulcérations dans quelques cas ; le colon et le cœcum avaient été malades chez quelques individus. Comme cependant ces altérations n'ont été rencontrées que chez des sujets phthisiques, on n'a pu trouver de lien immédiat avec la maladie rénale.

6° *Lésion du cerveau.* On n'a rencontré dans cet organe que des congestions partielles, ce qui est fréquent aussi comme on sait chez beaucoup de sujets morts de convulsions ou d'apoplexie. Chez quelques sujets cependant, l'encéphale était exsangue, et chez quelques autres, en bien plus petit nombre, on a trouvé des épanchements sanguins.

7° *Cause immédiate de la mort.* Chez soixante-dix sujets, le docteur Bright a pu déterminer la cause de la mort : sur ce nombre trente sont morts d'affections cérébrales, telles qu'apoplexie, coma, convulsions et épilepsie ; huit autres sont morts subitement ; chez huit autres la mort a été due à l'obstruction pulmonaire ; trois enfin sont morts d'hydrothorax. Quant au reste, ce sont des phlogoses des membranes séreuses qui ont terminé les jours des malades. Parmi ces derniers, on remarque cinq cas de péritonite, trois de péricardite et un ou deux de pleurite. La diarrhée colliquative enfin a été l'affection mortelle de quelques-uns.

8° *Age des sujets à l'époque de leur mort.* Dans nos tableaux, l'âge n'a été marqué à l'époque de la mort que sur soixante-quatorze cas. De ce nombre, quatre étaient âgés de 70 ans passés ; trente l'étaient de 50 passé ; mais peu d'entre eux ont touché la 55e année ; vingt et un sont morts entre 40 et 50 ; seize à 30 ans passés ; dix-neuf avant la 13e année. Si nous tenons compte maintenant des sujets morts dans leur 45e année et au-dessous, nous trouvons ici la plus forte proportion. Les sujets les plus jeunes sont au nombre de huit. On ne trouve qu'un seul sujet au-delà de la 73e année. Aucun âge ne paraît donc à l'abri de cette cruelle maladie.

THE EDINBURGH MEDICAL

AND

SURGICAL JOURNAL.

Observations pratiques de chirurgie ; par M. Syme, professeur de clinique à l'Université d'Edimbourg.

Ce travail renferme quatorze observations dont nous extrayons seulement celles qui nous ont paru offrir le plus d'intérêt sous le rapport thérapeutique.

Tumeur cartilagineuse de l'extrémité supérieure de l'humérus ; ankylose de l'articulation scapulo-humérale ; ablation du membre et résection du col de l'omoplate ; guérison.

Obs. — David Dam, 45 ans, fut admis à la clinique le 23 décembre pour une tumeur énorme de l'épaule droite. La base de la grosseur est très-large, remplit complétement l'aisselle, et empiète sur le thorax. L'articulation scapulo-humérale est immobile, mais le membre entier conjointement avec l'omoplate se meut très-librement. La tête de l'humérus paraît être le centre de la tumeur qui s'étend en bas jusqu'au milieu du bras, en haut et en avant jusqu'à deux pouces du sternum. La clavicule et l'épine de l'omoplate sont un peu déplacées. La consistance de la tumeur est extrêmement solide, elle est osseuse sur quelques points, cartilagineuse sur d'autres. Sa surface offre des nodosités irrégulières ; la peau est saine.

Le commémoratif nous a appris que la maladie avait commencé six années auparavant par une douleur dans l'épaule. Plus tard une tumeur osseuse se présenta à la partie antérieure de l'épaule qui fit des progrès continus jusqu'au mois d'août 1833, époque à laquelle il se fractura le bras malade vers la partie moyenne par suite d'une chute. La réunion de cette fracture a eu lieu, mais la tumeur fit des progrès rapides. Le malade souffrait cruellement, la nuit surtout. La tumeur a été jugée de nature fibro-cartilagineuse.

Opération. J'ai commencé par faire une incision sémi lunaire au côté interne de la tumeur, la convexité en avant, partant de l'acromion et se terminant au bord inférieur de l'aisselle. L'artère axillaire a été par là mise en évidence et liée. J'ai pratiqué ensuite une semblable incision sur le côté externe de la tumeur se joignant avec la première. J'ai divisé les muscles qui étaient fort épanouis et altérés ; ils étaient gris jaunâtres et mollasses. La tumeur s'est présentée alors à nu. J'ai passé facilement mon bistouri entre l'acromion et la clavicule, mais je me suis bientôt aperçu, en déprimant le bras, que la cavité glénoïde était solidement ankylosée avec la voûte de l'ostéocèle. J'ai donc scié le col de l'omoplate, et enlevé en même temps que la tumeur et le membre, l'apophyse coracoïde. La plaie a été réunie par première intention et sa cicatrisation s'est opérée sans aucune espèce d'accident. Trente-six jours après, le malade quitte, bien portant, la clinique.

La tumeur pesait douze livres. Par la macération elle s'est réduite en plusieurs fragments dont la nature est évidemment fibro-cartilagineuse.

Rétrécissement de l'œsophage par injection de l'acide sulfurique ; guérison.

Obs. — A. M., âgé de 40 ans, avala par mégarde un demi-verre à table ordinaire d'acide sulphurique étendu, qu'il croyait être de la bière (whisky). Il éprouve à l'instant des efforts violents pour vomir ; sa vie a été en danger pendant plusieurs jours. Après s'être rétabli, il éprouva consécutivement une difficulté pour avaler, qui a été progressive au point de ne lui plus permettre de prendre d'aliments solides. Tel était son état à son entrée à la clinique, huit mois après l'accident.

L'introduction d'abord d'une petite bougie l'a immédiatement soulagé, mais ensuite ses souffrances empirèrent de plus en plus ; il ne pouvait prendre que du lait, du bouillon et des crèmes. Sa maigreur était devenue extrême malgré la bonté de sa constitution. Dans l'examen que je fis de son œsophage, j'ai trouvé au commencement de cet organe un rétrécissement capable d'admettre seulement une bougie urétrale n° 1. Cette coarctation ne s'étendait pas très-loin. Je l'ai donc attaquée par des bougies en permanence de volume progressif que j'ai changées tous les trois jours. La déglutition devint de plus en plus libre ; les aliments commencèrent à passer et enfin le tout est revenu à l'état naturel. Le malade sortit guéri après deux mois de séjour à l'hôpital.

Dans un cas analogue au précédent, dont parle Boyer, l'action de l'acide sulphurique avait porté principalement sur l'épiglotte. Cette membrane avait été perforée par suite d'une escarre que le contact de l'acide avait produite ; d'où il est résulté une toux convulsive continuelle par le passage des aliments, soit liquides, soit solides, et de la salive dans la glotte. La maladie s'est à la longue terminée par la mort.

Coarctation du rectum ; dilatation artificielle.

Obs. — R. S., âgé de 45 ans, éprouvait depuis quatre ans un rétrécissement du rectum. La coarctation ne s'étendait pas au-delà de la hauteur de deux pouces de

l'anus, ainsi que j'ai pu m'en assurer à l'aide du toucher. L'usage des bougies de diamètre progressif, changées tous les trois jours, a amené la guérison en moins de quarante jours de traitement.

J'ai rapporté cette observation, dit l'auteur, afin de de faire remarquer que le siége des rétrécissements du rectum ne remonte pas généralement au-delà de deux pouces. Dans presque tous les autres cas où l'on a cru rencontrer la coarctation au-dessus de ce point on s'est mépris, on a pris l'atonie intestinale pour l'effet d'un rétrécissement, et la saillie du sacrum, ou quelque repli flasque de l'intestin, pour une coarctation. Il est de la plus haute importance que le praticien ne tombe pas dans cette erreur.

L'observation de M. Syme n'est exacte que dans certains cas. Dupuytren a fait plusieurs fois constater à sa clinique, à l'autopsie des sujets morts de cette maladie, des rétrécissements du rectum à des hauteurs variables de deux à huit pouces de l'anus. Nous avons même à la clinique de Boyer un rétrécissement inflammatoire chronique de cet intestin à dix-huit pouces de l'anus; il n'a été reconnu qu'après la mort. Plusieurs coarctations existent même quelquefois chez un même individu, et cela par des causes variées. Si le resserrement en question se manifeste plus souvent chez la femme et à la hauteur de deux à trois pouces, cela tient à une espèce de débauche dont on ne voit que trop d'exemples.

Division accidentelle du tendon d'achille; cicatrisation séparée des deux bouts; impuissance du membre; opération; guérison.

Obs. — Isabelle M'Kay, âgée de 21 ans, avait, depuis six mois, essuyé une blessure qui lui avait divisé complétement le tendon d'Achille à un pouce et quelques lignes de son insertion au talon. Elle avait été soignée par le médecin de son village, qui, n'ayant pas reconnu la nature de la lésion, traita la plaie comme une lésion simple et superficielle. Cinq semaines après, la blessure était cicatrisée, mais le membre ne pouvait pas exécuter la marche. Cet état persista et empira plutôt par la suite, au point qu'à son entrée à la clinique elle boitait et traînait son membre sans pouvoir s'en servir. Le siége de la cicatrice offrait une dépression visible, et lorsqu'on mettait le pied à angle droit avec la jambe, on sentait distinctement, à la distance d'un pouce et demi entre eux, les deux bouts du tendon divisé.

J'ai pratiqué une incision de trois pouces de long dans le trajet du tendon, passant par l'endroit déprimé; puis deux autres transversalement, circonscrivant la cicatrice. J'ai disséqué les lambeaux et mis en évidence les deux bouts rétractés du tendon; j'ai disséqué et excisé soigneusement le tissu fibreux intermédiaire à ces parties; j'ai fait ensuite maintenir le pied dans une extension forcée, et j'ai passé en attendant deux points de suture, un pour chaque bout du tendon, à l'aide desquels j'ai fortement rapproché entre eux les deux extrémités tendineuses. Le membre a été mis dans l'appareil de Petit pour la rupture du tendon d'Achille. La plaie s'est cicatrisée presque toute par première intention, et la malade n'a éprouvé aucune espèce d'accident. Deux mois après l'opération, la jeune personne se servait de son pied et marchait à l'aide d'un soulier à talon élevé. L'amélioration a été progressive, et, plus tard, le soulier a été abandonné, le tout étant revenu à l'état normal.

L'observation suivante mérite d'être rapportée à la suite de la précédente.

Rétraction permanente du tendon long fléchisseur du gros orteil; claudication; opération; guérison.

Obs. — Un jeune commis-marchand de Liverpool essuya, à la suite d'une inflammation du pied et de l'articulation tibio-tarsienne, une contraction permanente du tendon du muscle long fléchisseur du gros orteil, qui lui occasionnait une claudication considérable. Lorsque le pied était étendu, le gros orteil pouvait être porté au niveau de ses voisins; mais, lorsque le pied était à angle droit avec la jambe, ou bien qu'on soulevait un peu le talon le gros orteil se fléchissait et se courbait en forme d'arc; si le sujet essayait de marcher, il était de suite obligé de s'arrêter, sans quoi il tombait.

Ayant essayé en vain une foule de remèdes, ce jeune homme avait été obligé de quitter son état et de retourner chez ses parents. J'ai donc proposé la division du tendon, et de laisser cicatriser la plaie, l'orteil étant étendu, ce qui a été accepté sans hésitation.

J'ai pratiqué une petite incision longitudinale au milieu de la première phalange de l'orteil; j'ai fait saillir le tendon autant que possible, et je l'ai coupé transversalement avec le bistouri. Une petite attelle de bois a été appliquée sur la face dorsale du pied; des compresses en forme de coussin ont été interposées entre la racine de l'orteil et l'attelle; une petite bande, enfin, a porté la partie contre le bout inférieur de l'attelle, et a maintenu l'orteil dans une extension permanente. La plaie se cicatrisa promptement, et l'opéré s'est trouvé parfaitement guéri; il a pu se servir consécutivement de son membre sans boiter ni souffrir en aucune manière.

En pratiquant une incision longitudinale à la peau, l'auteur a eu pour but de rendre facile la réunion par première intention. Il aurait pu obtenir le même résultat en pratiquant la section du tendon à l'aide d'une simple ponction de la peau et sans diviser transversalement cette dernière.

Petite tumeur nerveuse sous-cutanée; douleurs atroces; excision.

Obs. I. — Une jeune personne âgée de 16 ans souffrait cruellement, depuis deux ans, d'une petite tumeur du volume d'un petit pois, circonscrite, mobile, placée sous la peau et à côté de la première phalange du doigt annulaire. Ces apparences n'avaient pas changé depuis deux ans. La moindre pression occasionnait des douleurs atroces. Je l'ai excisée, la plaie se réunit par première intention, et les souffrances se sont dissipées. La structure de la tumeur était analogue à celle d'un ganglion lymphatique; sa couleur était grise-jaunâtre.

Obs. II. — Une dame d'âge moyen souffait, depuis huit ans, de douleurs inouïes sous l'ongle du doigt. La

plus légère pression, la moindre action du froid ou de chagrin renouvelait les souffrances, qui duraient pendant plusieurs heures de suite et reparaissaient même au milieu de la nuit. Depuis un an, l'ongle était un peu décoloré vers sa racine, et il s'était arqué sur ses deux côtés. La malade désirait qu'on lui amputât le doigt. J'ai voulu cependant essayer d'abord de couper la partie la plus convexe de l'ongle, dans la persuasion où j'étais de trouver une maladie au-dessous. Je ne m'étais pas trompé dans ce jugement, car, en enlevant l'ongle, j'ai trouvé attachée sous son bord une demi-petite tumeur ronde, de couleur jaunâtre et de consistance pulpeuse; l'autre moitié était restée attachée à la matrice de l'ongle, et je l'ai excisée également. La guérison a été complète.

Ces sortes de tumeurs ont été décrites la première fois par Dupuytren. Nous en avons vu plusieurs exemples à l'Hôtel-Dieu dans le trajet des nerfs principaux des membres. Leur volume dépassait rarement celui d'une petite noisette; leur consistance était fibreuse, lardacée ou cartilagineuse. Les souffrances qu'elles occasionnaient étaient atroces. L'excision de la tumeur les dissipait à l'instant même. Le plus souvent ces sortes de tumeurs se forment dans les mailles du tissu cellulaire du névrilème. M. Wardrop a dessiné un cas de cette espèce dans la gaine du nerf optique. M. William Wood, cité par M. Syme, a donné l'historique complet de la maladie dans les *Trans. of the med. chir. soc. of Edimb.*, vol. III, p. 317.

Fracture du col du fémur et des trochanters; rotation du pied en dedans; autopsie; explication.

Quoiqu'il soit assez rare de rencontrer le membre dans la rotation en dedans après la fracture du col fémoral, ce symptôme a exercé la sagacité des plus grands pathologistes. Les autopsies n'étant encore qu'en très-petit nombre dans ces cas, il devient utile de publier les nouvelles observations pour arriver à la solution complète de la question.

Obs. — Un officier fou, âgée de 39 ans, tomba sur la hanche droite et se fractura le col du fémur. Le membre parut à l'instant raccourci et dans la rotation en dedans; il resta dans cet état jusqu'à la mort, qui eut lieu onze mois après par une affection pulmonaire. A l'autopsie, on trouve que la tête fémorale avait été fracturée à l'endroit de sa jonction sur le col, la fracture s'étendait en bas et en arrière, à travers les trochanters qui étaient séparés en partie. La tête de l'os est considérablement enfoncée, mais très-solidement réunie par une abondante déposition de matière osseuse. Une quantité de cette substance s'était extravasée en dehors de l'articulation.

Pour expliquer le phénomène de la rotation du membre en dedans, M. Guthrie s'est fondé sur le sens de la direction de la fracture et sur le rapport de l'attache des muscles rotateurs avec les fragments. Toutes les fois, dit-il, que la fracture arrive en dehors de l'insertion des muscles pyriforme, jumeaux, carré et obturateurs, le membre est nécessairement tourné en dedans. Cette doctrine paraît à M. Gulliver parfaitement applicable dans l'observation qui précède. L'expérience ultérieure prononcera sur son exactitude.

Raccourcissement du col du fémur chez un jeune sujet sans fracture; autopsie.

Obs. — John Linn, soldat, âgé de 19 ans, petite stature, fit une chute légère sur la hanche, qui ne l'empêcha pas de continuer à marcher et à faire le service pendant trois ans. Au bout de ce temps, il commença à boiter du côté blessé, et il fut obligé d'entrer à l'hôpital. Après huit mois de séjour, son état local empira, et il fut réformé. Sa santé générale cependant était bonne, et il se promenait à l'aide de béquilles. Ayant été mordu par un serpent (*bungarus lineatus*), il mourut en quelques heures à l'âge de 24 ans.

A l'autopsie, on a trouvé le col du fémur raccourci, la tête fémorale augmentée de volume, et un développement proportionnel de la cavité cotyloïde. Le développement de la tête fémorale n'a lieu que dans le sens de sa circonférence inférieure, comme si son sommet eût été aplati et le col fémoral écrasé. L'ampliation de la cavité cotyloïde est considérable; lorsque la tête fémorale y est engagée, il y reste un grand vide. Le fémur, ayant été scié verticalement, présente une induration dans le centre de son col, dans la longueur d'un demi-pouce. Le parenchyme osseux, du reste, n'offre rien d'anormal. Le cartilage articulaire, bien qu'un peu plus épais que dans l'état naturel, n'est pas ulcéré.

La pièce pathologique de cette intéressante observation se trouve consignée dans le Muséum médical de l'armée, et elle a été figurée par l'auteur dans le journal où cet article a été publié.

Usage de l'érigne dans l'extraction des corps étrangers tombés dans l'oreille; par M. N. Hill.

On sait à combien de difficultés et de dangers on est souvent exposé dans l'extraction de certains corps étrangers tombés dans le conduit auditif. L'étroitesse et la profondeur en effet de ce conduit, la délicatesse et la sensibilité exquise de l'organe, son voisinage enfin de l'encéphale rendent suffisamment raison de ce fait. Dupuytren essaya en vain pendant deux jours d'extraire un noyau de cerise de l'oreille d'un enfant âgé de huit à dix ans; enfin il a été obligé de broyer le corps étranger à l'aide d'un très-petit instrument de lithortitie, ce qui n'a pas été sans danger pour l'enfant et difficulté pour l'habile opérateur. Tout le monde sait en effet que l'otite suppurative s'est quelquefois transmise à la dure-mère et a causé la mort d'une manière inattendue. M. Hill qui a lui-même été témoin du danger des manœuvres imprudentes que font les mères ou les nourrices en pareilles occurences, a imaginé un moyen très-simple pour extraire les corps étrangers tombés, soit dans l'oreille, soit dans la narine des enfants. Ce moyen lui a surtout réussi dans les cas où les parties n'étaient pas encore boursouflées et irritées par les tentatives inutiles d'extraction. Laissons parler l'auteur dans l'observation suivante.

—

Corps étranger tombé dans l'oreille ; emploi inutile des injections et des pinces ; extraction à l'aide d'une très-petite érigne.

Obs. — Il y a un an, environ, j'ai été appelé, dans l'après-midi, pour voir la fille d'un ecclésiastique, enfant de 5 à 6 ans, dans l'oreille de laquelle était tombé, depuis la veille, un grain de blé indien (*indian corn*). A l'examen, j'aperçus la partie blanche d'une de ses extrémités : il était placé au-delà de la portion courbe du conduit, au milieu de la portion osseuse du canal, en contact du tympan. En conséquence, j'ai soupçonné que des tentatives irrégulières d'extraction avaient été faites avant mon arrivée. Je fis d'abord quelques injections d'eau tiède avec une petite seringue, puis après, j'employai des pinces appropriées, mais sans succès. L'enfant s'est tellement exaspéré sous l'action de ces essais, que je craignis un instant qu'il ne tombât en convulsions, aussi ai-je remis un second essai au lendemain, à la lumière du jour.

Je portai alors sur moi un petit crochet dont on fait usage pour l'opération de la pupille artificielle (érigne de Gibson). Je savais maintenant que les difficultés seraient accrues à cause du gonflement du corps étranger et des parties qui le contenaient. J'ai donc fait coucher l'enfant sur une table à manger, et je l'ai fait maintenir convenablement par des aides. J'ai soulevé le pavillon de l'oreille avec une main, afin de redresser son conduit ; j'ai introduit avec l'autre l'érigne, en suivant avec précaution la paroi inférieure du canal ; je suis arrivé de la sorte jusqu'au bord inférieur de la membrane du tympan, que j'ai facilement senti ; j'ai alors exercé un petit mouvement avec mes doigts, et j'ai retourné la pointe de l'érigne en haut, qui se trouvait par conséquent derrière le corps étranger ; j'ai tiré à moi, et le corps étranger est sorti à l'instant. La petite malade a guéri sans éprouver d'accidents consécutifs.

THE DUBLIN JOURNAL

OF

MEDICAL AND CHIMICAL SCIENCE.

Affections anomales du larynx qui réclament la trachéotomie; mémoire lu à la Société chirurgicale d'Irlande, le 16 avril 1836, par M. W. Porter, professeur d'anatomie et de chirurgie à Dublin.

J'ai eu, dit l'auteur, l'occasion d'observer plusieurs fois que les fonctions de la respiration pouvaient être dangereusement interceptées au point d'exiger impérieusement la trachéotomie, sans qu'on puisse pourtant déterminer au juste la cause de l'obstruction. Dans plusieurs de ces cas, néanmoins, le mal consistait à à coup sûr dans une lésion fonctionnelle. Effectivement, les malades ont pu reprendre ensuite l'usage parfait des fonctions laryngiennes, c'est-à-dire la respiration et la parole. Dans d'autres cas, au contraire, la lésion était probablement organique, car les malades ont été obligés de faire usage d'une respiration artificielle pour prolonger leur existence. Je dis probablement, car, jusqu'à ce jour, je n'ai pu éclairer le mal par des autopsies. Le sujet, cependant, me paraît assez important et neuf pour y appeler l'attention des praticiens. Si je suis bien informé, du reste, des affections analogues, sinon identiques, ont été observées chez les animaux inférieurs. Je viens d'apprendre en effet que, l'été dernier, M. Crampton a pratiqué la trachéotomie sur un cerf chez lequel on n'a trouvé aucune altération au larynx après la mort; ou du moins, ce qu'on y a rencontré était insuffisant pour expliquer les symptômes alarmans et visibles à tout le monde qui avaient réclamé l'opération. La maladie du cheval appelée *rugissement* (*a raorer*, cheval crieur) offre aussi de la ressemblance avec les affections dont il s'agit, si ce n'est qu'elle n'est pas dangereuse pour la vie, à ce que je crois (1). L'auteur rapporte plusieurs faits à l'appui de ce qui précède.

Observations sur les fièvres des tropiques avec quelques additions sur l'histoire d'un voyage publié par le capitaine Owen, par M. J. Wallace, chirurgien.

Les médecins anglais se sont occupés, plus que ceux d'aucune autre contrée, de l'étude des maladies qui régnent habituellement sous les tropiques, font tant de rage dans les flottes et les armées exposées à leur influence funeste, et qui sont désignées par eux sous le nom de fièvre. Nous regrettons que le travail de Wallace ne présente que de longues et vagues discussions sur la nature de ces maladies, sur quelques-unes des causes auxquelles on les a attribuées et sur les différentes médications qu'on doit leur opposer; car il nous serait impossible de rattacher ces maladies, après la description qui en est donnée ici, à aucune des affections admises dans nos cadres nosologiques; de même nous serons obligés de passer entièrement sous silence la critique que fait l'auteur des idées émises sur la nature de ces maladies par le capitaine Owen lequel a eu de fréquentes occasions de les observer dans ses voyages en Arabie et dans l'intérieur de l'Afrique qui a dévoré tant d'Européens.

Observations sur les effets délétères produits quelquefois par le porc; contenues dans une lettre adressée au professeur Christison, par le docteur M'Divitt, médecin de l'hôpital de Kent.

Les expériences de Buchner et de Schumman sur les saucisses feraient supposer que les effets vénéneux qu'elles produisent quelquefois dépendraient de la formation d'un acide particulier; de leur côté Henneman, Westrumb et Hünefeld attribuent à l'excès d'acide caséique et à la présence de l'acide sébacique les accidents que détermine aussi dans quelques cas cet aliment. Les résultats de ces expériences peuvent bien, jusqu'à un certain point, expliquer les cas où le plus grand nombre des personnes qui avaient mangé du même aliment en ont été indisposées; mais il arrive souvent que quand plusieurs personnes ont pris le même aliment une seule en est malade, et alors il est difficile d'amettre que cet aliment fût réellement vénéneux. L'auteur regarde comme plus rationnel de supposer que dans divers états des organes digestifs les aliments sont convertis en poison par leur mélange avec certaines sécrétions morbides de l'estomac ou des intestins, ou simplement par

---

(1) La maladie à laquelle l'auteur fait ici allusion, peut être produite artificiellement chez le cheval en lui coupant les nerfs pneumo-gastriques. Nous avons dernièrement assisté à des expériences de cette nature faites par M. Dupuy à Montfaucon. A peine le nerf était-il coupé de chaque côté, que la respiration devenait extrêmement gênée et l'animal jettait des cris continuels d'une voix rauque et pour ainsi dire agonisante; il mourait asphyxié après quelque temps, si on ne lui pratiquait point la laryngotomie. (*N. du Réd. de la Gaz. méd.*)

quelque dérangement survenu dans les fonctions digestives.

Il n'est pas rare que le porc frais détermine, chez ceux qui n'en mangent pas souvent, de la diarrhée avec de fortes coliques; dans quelques cas même il produit des symptômes exactement semblables pour le caractère et l'intensité à ceux que détermine l'inflammation la plus aiguë, la perforation de l'estomac ou des intestins et l'injection des poisons âcres. Le docteur Gregory rapportait dans ses leçons qu'il avait été appelé auprès d'un malade qui souffrait, lui disait-on, de la goutte remontée, et qu'il avait guéri en lui faisant vomir du porc qu'il venait de manger, et était la seule cause de ses souffrances. L'auteur cite six observations analogues. Nous allons reproduire les traits principaux de deux d'entre elles avant de présenter les conclusions que l'auteur en a tirées.

Le premier fait a pour sujet un homme qui, à la première apparition des symptômes, se crut d'abord empoisonné et accusa aussitôt une jeune femme, avec laquelle il habitait, d'avoir mis dans le thé, qu'elle lui avait servi, une substance vénéneuse. L'abdomen n'était pas tendu, mais il y avait dans les régions épigastrique et ombilicale une douleur extrêmement aiguë, accompagnée de vomissements continuels d'un fluide noirâtre, contenant quelques débris de chair en partie digérée. Il accusait aussi une sensation de sécheresse et de brûlure dans la gorge; le pouls était faible; les extrémités froides, et tout le corps couvert d'une sueur froide. Un émétique facilita la sortie de quelques débris d'aliments et fit disparaître immédiatement tous les accidents; on apprit que le malade avait mangé du porc à son dîner. Ce fait est surtout important en raison des soupçons qu'il avait fait porter sur la jeune femme et sur sa mère qui demeurait dans la même maison, et qui avais comme sa fille, une réputation fort douteuse. Si la mort eût eu lieu au milieu de ces accidents, et que des poursuites eussent été faites on conçoit combien toutes ces circonstances auraient déposé contre l'accusée. Le porc était salé depuis cinq jours, et déjà le même sujet en avait mangé une fois sans en être incommodé. Il avait dîné à une heure et les accidents avaient commencé à sept heures et demie.

Obs. — Charles Woolley, pléthorique, arrivé à un âge avancé, fut pris, à trois heures de l'après-midi, d'une douleur très-forte dans la région de l'estomac, ressemblant à une crampe, et qui lui « coupait la respiration. » Au bout d'une heure, lorsque je le vis, les muscles de la respiration, y compris le diaphragme, semblaient presque immobiles, ce qui tenait aux efforts que faisait le malade pour ne pas faire de mouvements. Chaque respiration un peu profonde aggravait beaucoup la douleur. La face était pâle et offrait l'expression de la plus vive anxiété; le pouls était faible et intermittent; il y avait un hoquet fatigant dont chaque paroxisme était suivi de vomissements. Le malade se plaignait de ce qu'il avait sur l'estomac quelque chose de lourd et de dur comme une pierre. Deux heures avant l'attaque, il avait mangé du porc frit, et en petite quantité; il avait pris un peu d'eau-de-vie, mais sans soulagement. Le vomitif lui fit d'abord rejeter un fluide âcre et noirâtre, avec quelques débris de pain, et plus tard des morceaux de foie de porc et de gras de porc. Le soulagement fut immédiat.

Nous ne rapporterons pas les quatre autres observations, qui offrent à peu près les mêmes phénomènes morbides. Dans un cas pourtant, nous voyons qu'aux accidents décrits ci-dessus il se joignit une éruption semblable à l'urticaire, et qui parut et disparut plusieurs fois de suite et en peu de temps. L'auteur dit en outre avoir observé plusieurs autres fois la même chose, et toujours les malades avaient mangé, quelques heures auparavant, du porc rôti, frit ou bouilli à leur dîner. Voici maintenant quelques-unes des réflexions qu'il présente à la fin de sa communication.

On n'a rien pu découvrir d'anormal dans le porc qu'avaient mangé les parsonnes qui ont éprouvé ces accidents. Ces derniers sont arrivés plus fréquemment à la suite de l'ingestion du porc rôti, que quand il avait subi les autres préparations culinaires. L'auteur n'a jamais vu ces accidents survenir à la suite de l'ingestion du jambon ou du porc salé depuis plus de trois semaines; il est porté à croire que le maigre de la viande de porc ne détermine pas ces accidents, car toujours il a trouvé que les malades avaient mangé de préférence le gras. Il a observé ces accidents spécialement dans les dernières classes, où l'on a une préférence décidée pour les morceaux les plus gras.

L'époque à laquelle les accidents se développent varie entre les trente premières heures qui suivent l'ingestion de l'aliment. S'ils se développent dans les trois premières heures, c'est surtout vers l'estomac qu'ils se concentrent: douleur subite et violente dans la région de cet organe; constriction intolérable à l'épigastre; respiration courte, difficile et imparfaite; dans quelques cas, intermission et irrégularité dans les mouvements du cœur; expectoration considérable, et telle que le malade croit qu'il va expirer à chaque instant; transpiration froide et froid des extrémités; les vomissements spontanés déterminent un peu ces accidents, qui sont entièrement enlevés par l'émétique.

Si les symptômes commencent à se développer de trois à sept heures après l'ingestion, le malade ressent dans la région du duodénum ou de l'intestin grêle une douleur aiguë, avec prostration, et que, d'après la description qu'il en donne, on pourrait prendre pour une colique hépatique, puis tous les symptômes déjà décrits, si le malade reste sans soins; si la cause de son indisposition étant méconnue, on n'a pas recours aux moyens convenables, la douleur change de nature et devient pesante; les vomissements continuent; le pouls devient vif et aigu; la langue chargée; la peau sèche; l'abdomen devient le siége de douleurs vives et générales et prend un développement considérable: alors on soupçonne une péritonite, une entérite, une colique nerveuse, et, après que la saignée et les opiacés ont été employés sans succès, enfin on a recours aux purgatifs qui soulagent promptement les malades.

Si plus de sept heures se sont écoulées la douleur est ordinairement dans le cœcum ou dans le colon; les vomissements sont rares ou ont entièrement cessé, alors les vomitifs seraient sans effet; les purgatifs sont le seul moyen de soulagement, et la première garde-robe obtenue est ordinairement suivie d'un soulagement manifeste, il faut cependant soutenir l'action du purgatif pendant plusieurs heures.

L'auteur dit avoir vu plusieurs fois la douleur apparaître au bout de 24 ou 30 heures dans la région de l'S iliaque. Dans un cas où les accidents se développèrent trente heures après l'ingestion du porc (c'est l'époque la plus éloignée qu'il ait observée), les lavements purgatifs furent sans effet, et il fut obligé d'administrer

l'huile de croton qui arrêta immédiatement tous les symptômes.

Les cordiaux et les stimulants dont l'auteur condamne l'emploi comme unique moyen de soulagement, ne doivent cependant pas être entièrement proscrits; ils peuvent même être nécessaires, en attendant l'action des purgatifs, pour soutenir le malade qui, à chaque instant, croit qu'il va expirer. Il est possible encore que, si la maladie avait duré pendant plusieurs jours sans le traitement convenable, il se développât une inflammation sur quelque point du canal digestif et qui réclamât alors le traitement antiphlogisitque.

De la force vitale ou mouvement spontané qui est inhérent au sang; par le docteur Maddoch Hawley.

Ce travail pourrait être considéré comme un complément d'un mémoire lu par le docteur Alison d'Edimbourg au congrès scientifique de Dublin, sur les propriétés vitales du sang et des artères. Voici à peu près comment on pourrait résumer les principales propositions émises dans le travail de M. Hawley et les raisons qu'il apporte à l'appui de sa manière de voir.

1° Le mouvement du sang des branches de l'artère pulmonaire à l'oreillette gauche dépend non de la systole du ventricule droit, ni de la tonicité des vaisseaux, ni des mouvements respiratoires, mais d'un mouvement spontané qu'acquiert ce fluide lorsqu'il est renouvelé dans les poumons. En effet, la ténuité des parois du ventricule droit ne permet pas d'attribuer à l'action de ce ventricule la circulation pulmonaire tout entière; en outre l'état dans lequel sont les différentes cavités du cœur après la mort démontre que ce n'est pas à l'action du ventricule droit seul qu'est due cette circulation; car il résulte évidemment de cet examen que c'est le ventricule gauche qui, le premier, cesse d'agir; ensuite l'oreillette droite, ou en d'autres termes que la circulation a cessé de se faire dans le poumon avant que les contractions du ventricule droit aient cessé. Il résulte donc de cette manière de voir que le sang ayant cessé d'être artérialisé, cesse par ce fait de traverser les poumons; de là l'état de plénitude des cavités droites du cœur dans la plupart des cadavres, pendant que les cavités gauches sont le plus souvent presque vides.

Si on explique la théorie de l'asphyxie d'après cette opinion, on retrouvera à peu près la théorie des anciens pysiologistes Haller et autres, qui en plaçaient la cause dans les poumons, avec cette différence pourtant qu'ils attribuaient au défaut de déplissement des vésicules pulmonaires la suspension de la circulation, qui, dans l'opinion des vitalistes modernes d'Edimbourg, serait due à la non-artérisation du sang, le sang artériel étant seul susceptible de circuler dans les ramifications de l'artère pulmonaire.

2° La même activité spontanée inhérente au sang est aussi une cause matérielle de son mouvement dans les capillaires du système aortique.

3° Cette activité vitale ou spontanée du sang éprouve une augmentation morbide dans l'inflammation aiguë, en même temps que la tonicité des capillaires de la partie enflammée, est diminuée. Les preuves que l'auteur apporte à l'appui de ces deux propositions, nous semblent différer très-peu de celles avancées par le docteur Alison dans l'article déjà cité.

4° On peut rapporter à une altération de cette propriété vitale du sang, et peut-être plus souvent à sa diminution qu'à son augmentation, quelques-unes des maladies du cœur que l'on considère ordinairement, comme primitives. Ainsi, dit l'auteur, sa diminution dans les poumons peut d'abord dilater le cœur droit et le système veineux, et amener ensuite l'apoplexie ou l'hydropisie; et, d'un autre côté, son augmentation peut produire tous les signes d'une véritable hypertrophie du cœur; de sorte que plusieurs maladies formidables des organes vitaux, que l'on a considérées jusqu'ici comme primitives, pourraient bien n'être, dans quelques cas, que l'effet d'une altération des forces vitales qui sont inhérentes au sang.

Remarques sur certaines affections du tissu cellulaire des jambes; par G. Gulliver, médecin militaire.

L'auteur signale deux formes de l'induration du tissu cellulaire qu'il a observées surtout chez les soldats chez lesquels les longues marches qu'ils font quelquefois déterminent souvent un gonflement douloureux des pieds et des chevilles, et que quelquefois même ils savent provoquer dans le but de se faire exempter du service.

Dans la première de ces deux formes et qui est la plus fréquente, après que le malade a eu pendant longtemps du gonflement autour des chevilles et sur le pied, la maladie prend un caractère plus invétéré. On reconnaît alors un épaississement, avec induration du tissu cellulaire sous-cutané et qui rend l'homme incapable d'un service actif.

Dans la seconde forme, bien que le soldat l'attribue à la même cause que la précédente, le caractère anatomique de la maladie offre cependant une différence remarquable : il n'y a qu'induration et rigidité du tissu cellulaire sous-cutané sans épaississement. La partie inférieure de la jambe et souvent le dos du pied semblent tout d'une pièce, et l'on ne peut saisir entre les doigts le plus petit pli de la peau. Il ne survient de gonflement qu'à la suite des exercices forcés. Dans les cas que l'auteur dit en avoir observés la maladie était toujours bornée à une seule extrémité. Il rapporte ici quatre observations de cette maladie qui n'offrent pas de données plus positives que celles indiquées dans la description générale que nous venons de parcourir. Enfin il termine en demandant si cette affection peut être rapportée à l'éléphantiasis des Arabes, ou bien à une affection du tissu cellulaire des extrémités inférieures observée par le docteur Davy, au fort Petit, et à la suite de laquelle on trouvait les veines du membre obstruées par un caillot sanguin, mais sans inflammation de la membrane interne de ces vaisseaux.

Tableau statistique et comparatif des principaux médicaments, indiquant le nombre de fois qu'ils ont été prescrits à Dublin depuis soixante ans; par W. Moore.

L'auteur de ce singulier travail a relevé, sur les registres de la pharmacie ouverte par son grand-père en 1780,

le nombre de fois que chacun des principaux médicaments a été prescrit. Il en a présenté le résultat sur trois colonnes, ainsi que nous le faisons dans le tableau suivant, pour un petit nombre seulement de médicaments, et pour ceux qu'on peut regarder comme représentant une médication tout entière. La première colonne indique les années de 1780 à 98, la seconde se termine à 1817, et la troisième à 1836.

Émétique et tartre-émétique.	178	33	56
Poudre de James.	4	36	44
Kermès minéral.	8	3	0
Opium.	102	79	116
Jusquiame.	0	4	44
Quinquina.	102	42	10
Sulfate de quinine.	0	0	20
Esprit de mendérérus.	67	35	22
Gayac.	32	10	2
Salsepareille.	8	15	5
Calomélas.	84	189	114
Blue pill.	17	39	156
Frictions mercurielles.	35	11	1
Sangsues.	1	20	45

Si nous supposons que ce tableau représente réellement les variations qu'a éprouvées l'emploi des médicaments à Dublin pendant les soixante dernières années, nous y trouvons des changements importants et qui sont trop d'accord avec ce qui est arrivé chez nous, pour que nous ayons besoin de nous y arrêter longtemps. Ainsi, l'emploi progressivement croissant des saignées locales, et progressivement décroissant des frictions mercurielles; mais il en est d'autres que nous nous expliquerions difficilement. Ainsi, la diminution considérable survenue dans l'emploi du quinquina ne dépend pas, il est évident, de la substitution du sulfate de quinine. Les fièvres intermittentes seraient-elles aujourd'hui moins fréquentes à Dublin qu'autrefois, ou bien l'employait-on, de 1780 à 1798, dans des cas que les progrès du diagnostic ont démontré ne pas appartenir à des affections intermittentes?

Statistique de la fièvre avec quelques observations générales sur sa nature, ses causes et son traitement; par W. Mateer, médecin de l'hôpital de la fièvre de Belfast.

Pour que ces tableaux statistiques eussent toute l'importance que l'on accorde aujourd'hui à ces sortes de recherches, il faudrait que l'on fût bien d'accord sur ce que l'on entend en Angleterre par le mot *fièvre*. Or, nous pensons que même aujourd'hui les Anglais comprennent sous cette désignation des états morbides différents; et, même en admettant que, influencés par les travaux des pathologistes français, ils aient restreint depuis quelques années le mot fièvre dans des limites moins étendues, leurs travaux anciens n'en offriraient pas moins le même inconvénient. Ainsi ce tableau comprend tous les malades reçus à l'hôpital de Belfast depuis 1818 jusqu'en 1825, et doit nécessairement comprendre un certain nombre de cas qui aujourd'hui ne seraient plus rangés, même par les médecins anglais, parmi les cas de fièvre.

Après ces réflexions, qui nous ont paru utiles pour empêcher qu'on ne donne aux documents fournis par ce tableau une valeur exagérée, nous allons cependant offrir quelques-uns des résultats qu'on peut considérer comme les plus importants.

Contagion. Tous les travaux des médecins anglais sont pleins de documents qui prouvent que chez eux la fièvre offre un haut degré de contagion. Le docteur Mateer confirme encore, sous ce point de vue, l'opinion régnante parmi les médecins anglais. Sur 9,588 malades atteints de fièvre et reçus à l'hôpital de Belfast pendant les dix-sept années sur lesquelles repose son travail, il a trouvé que 7,246 appartenaient à 1,856 familles, ce qui établit une moyenne de quatre malades par famille, tandis que le nombre des cas isolés n'a été que de 2,342.

L'auteur a dressé un tableau des jours de la maladie où sont entrés les malades, et a trouvé que sur 9,988 malades reçus avant le huitième jour il n'en est mort que 375 ou environ 5 pour 100; tandis que sur 2,592, qui ont été reçus après cette époque, il en est mort 285 ou environ 10 pour 100. D'où il suit que les malades qui restaient chez eux pendant les huit premiers jours doublaient pour eux les chances de la mortalité. Dans un autre tableau, où la mortalité est présentée pour chaque âge, nous voyons qu'au-dessus de 20 ans elle était d'un peu plus de 2 pour 100; de 20 à 40, de 8 pour 100; de 40 à 60, de 20 pour 100; de 60 à 80 de 25 pour cent.

Nous signalerons encore le résultat suivant qui est important sous le rapport de l'hygiène; l'auteur examinant les rues d'où étaient venus les malades trouve nécessairement qu'ils venaient de celles habitées par les plus pauvres. Cependant il a remarqué que l'une d'entre elles, qui n'est ni la moins pauvre, ni la plus mal exposée, a fourni les trois cinquièmes de tous les malades. Mais cette rue étant sur un point plus élevé ne peut recevoir l'eau qui est distribuée avec abondance au reste de la ville, on ne l'y obtient qu'avec difficulté et en moindre quantité que les besoins ne l'exigeraient. Il en résulte que la rue est malpropre, que l'écoulement des eaux ne s'y fait que très-imparfaitement, et que les débris des matières animales et végétales n'étant pas entraînés, comme sur les autres points, par un courant d'eau, s'accumulent dans quelques endroits et y engendrent des miasmes funestes.

La durée moyenne du séjour à l'hôpital a été de vingt deux jours, et celle de la maladie de vingt-neuf.

Les autres résultats statistiques obtenus par M. Mateer, ayant rapport à la marche de la maladie à l'époque des crises, au danger des rechutes et aux traitements employés, ne nous offriraient qu'un très-médiocre intérêt pour les raisons que nous venons d'exposer ci-dessus. Nous croyons donc devoir les négliger.

Mémoire sur le mécanisme du bruit de soufflet; par le docteur J. Corrigan.

Parmi les signes qui nous sont révélés par l'auscultation, il n'en est point que l'on observe plus souvent que le bruit de soufflet; il n'en est point non plus de plus intéressant, soit qu'on l'examine sous un point de vue purement physiologique, soit qu'on le considère comme un signe diagnostique important. Cependant,

il existe encore une grande diversité d'opinions sur le mécanisme de sa production ; et il serait à désirer que l'on fît disparaître cette dissidence, car ce symptôme n'aura une valeur certaine, en pratique, que lorsqu'on en aura donné une théorie exacte.

Laënnec attribuait le bruit de soufflet à la contraction spasmodique des fibres musculaires du cœur, ou des parois artérielles, suivant qu'il avait son siége dans le cœur ou dans une partie du système artériel. Il est inutile de chercher maintenant à réfuter cette opinion ; et il est d'ailleurs, je crois, généralement admis que le bruit de soufflet est un *signe purement physique*, dans le sens donné à cette expression par le docteur Williams, lorsqu'il dit « que c'est un signe dépendant de l'opération directe des lois connues de la philosophie naturelle », et non un *symptôme*, qui est le résultat d'un trouble apporté dans les phénomènes vitaux.

Mais quoique la théorie de Laënnec ait été abandonnée, on n'a point tenté depuis d'expliquer le mécanisme du bruit de soufflet, d'une manière rigoureuse ou du moins satisfaisante.

Ce bruit singulier se fait entendre dans les cas de rétrécissement des ouvertures auriculo-ventriculaires du cœur, et dans d'autres circonstances particulières où ce rétrécissement n'existe pas.

On l'entend également quand il y a rétrécissement des orifices du cœur, et quand ces orifices sont béants d'une manière permanente (1).

Il se fait entendre avec force, dans les cas d'anévrysme variqueux, quand une artère d'une grosseur modérée communique directement avec la cavité d'une veine. (Voyez : *Cas de blessure de la veine et de l'artère brachiales*, dans le *Répertoire d'anatomie*. Ce cas est rapporté par Dupuytren).

On l'entend dans les vaisseaux utérins, à partir d'une époque peu avancée de la grossesse, et il continue à être aussi régulier que le pouls de la mère, jusqu'au moment de l'accouchement.

On l'entend encore dans le cœur, et dans les grosses artères des animaux qui meurent d'hémorrhagie; et souvent, pendant un temps considérable, dans les troncs artériels des personnes qui ont été saignées abondamment.

Il peut exister aussi, temporairement, chez des personnes dont le cœur est parfaitement sain.

Enfin, on peut le produire à volonté dans tout gros tronc artériel, tel que l'artère carotide ou l'artère fémorale, en exerçant sur le vaisseau un certain degré de pression, avec le doigt ou avec le bord du stéthoscope.

Il n'est pas étonnant qu'on ait expliqué d'une manière si diverse un phénomène morbide qui se produit dans des cas si nombreux et dans des conditions en apparence si opposées. Mais il est évident qu'aucune théorie sur son mécanisme ne peut être considérée comme exacte et suffisante, si elle n'explique d'une manière satisfaisante comment le bruit a eu lieu dans chacun de ces cas. Il est indispensable que les recherches sur ce sujet soient continuées, jusqu'à ce qu'on soit arrivé à une explication qui ne laisse plus de champ à aucune autre hypothèse, pour l'interprétation des phénomènes. Alors, cette explication constituera une théorie légitime. Ce mode de recherches a déjà produit de bons résultats dans d'autres investigations scientifiques ; et je crois qu'on peut en faire une application rigoureuse au sujet qui nous occupe.

La théorie de Laënnec n'est plus soutenue par personne et ne peut plus l'être (1).

M. Andral affirme que, dans l'état actuel de nos connaissances, on ne peut expliquer d'aucune manière satisfaisante le mécanisme du bruit de soufflet (2).

Bertin pensait, au contraire, qu'il est extrêmement difficile de se rendre compte du bruit de soufflet qui accompagne le rétrécissement des orifices du cœur. Suivant lui, la cause de ce bruit réside dans l'augmentation du frottement que le sang éprouve en passant des oreillettes dans les ventricules (3). On pouvait admettre cette théorie comme une hypothèse propre à expliquer le mécanisme du bruit de soufflet, dans une seule circonstance; mais elle tombait évidemment devant les faits où l'on voit ce bruit coïncider avec d'autres conditions anatomiques.

En effet, on entend le bruit de soufflet dans les cas d'ouverture permanente de l'orifice de l'aorte, sans diminution du calibre de ce vaisseau ; pendant la gestation, dans les artères de l'utérus qui sont dilatées, et dans la cavité desquelles, d'après la propre théorie de Bertin, il y a diminution, et non augmentation du frottement; dans le cœur des animaux qui meurent d'hémorrhagie ; et enfin, quelquefois, dans un cœur sain, et dans des artères qui ne sont le siége d'aucune lésion de structure. Dans tous ces cas, il n'existe point de rétrécissement qui puisse donner lieu à une augmentation de frottement. La théorie de Bertin doit donc être rejetée.

Le docteur Williams a insinué que le bruit de soufflet et le frémissement doivent être attribués à des causes physiques, mais il n'a présenté cette opinion que sous forme de conjecture (4).

Le docteur Spittal, d'Edimbourg, a avancé, en 1830, dans son ouvrage sur l'*Auscultation*, que le bruit de soufflet reconnait pour causes toutes celles qui accroissent violemment l'action du cœur. On peut objecter à cette théorie, que l'on perçoit souvent le bruit de soufflet dans un cœur mourant, quand ses mouvements sont très-faibles ; que ce bruit existe dans quelques artères, en même temps qu'il manque dans les autres ; que, s'il dépendait d'une augmentation d'énergie dans les mouvements du cœur, il devrait présenter la même intensité dans les artères qui sont également éloignées de cet organe ; et enfin, qu'il peut être produit à volonté

(1) Voyez un mémoire par l'auteur : Sur l'ouverture permanente de l'orifice de l'aorte. (Edimburg medical and surgical Journal, n° 3, an. 1832).

Il est admis aussi que le bruit de soufflet manque quelquefois, dans les cas où il y a rétrécissement des orifices du cœur. Je n'en ai jamais vu d'exemple. Le docteur Elliotson en a rencontré un seul, et il ne dit pas quel était l'orifice affecté. Du reste, le rétrécissement d'un des orifices du cœur existe si rarement sans bruit de soufflet, qu'un tel cas peut être regardé comme une exception à la règle générale.

(1) Voyez un mémoire de l'auteur : Inquiry into the causes of bruit de soufflet and fremissement. (The Lancet, 1817).

(2) Art. Auscultation, du Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques. Paris, 1829.

(3) Traité sur les maladies du cœur. Paris, 1824, p. 226.

(4) Rational exposition of the physical signs of deseases of the chest. 1828, p. 50.

dans les gros troncs artériels, sans que l'énergie des mouvements du cœur soit augmentée. La théorie du docteur Spittal ne rend point compte de la présence du bruit de soufflet dans les artères de l'utérus, pendant la grossesse. D'ailleurs, si cette théorie était fondée, on observerait toujours ce bruit pendant les mouvements violents du cœur déterminés par la fièvre, ou par les exercices musculaires immodérés, ce qui n'a jamais ou presque jamais lieu.

Le docteur Hope, dans son ouvrage sur *les maladies du cœur*, qui a paru en 1832, a adopté une théorie qui diffère très-peu de la précédente. Il suppose que le bruit de soufflet résulte de la rapidité avec laquelle le sang est poussé, et que cette rapidité dans le cours du sang suffit pour produire ce phénomène, indépendamment de toute augmentation dans la force réelle des contractions du cœur.

La présence du bruit de soufflet dans les artères dilatées de l'utérus, que le docteur Hope cite à l'appui de sa théorie, est, au contraire, un argument contre elle. Admettant que ces artères reçoivent une quantité plus considérable de sang dans leurs cavités agrandies, il ajoute que cette augmentation dans l'afflux du sang est *nécessairement* accompagnée d'une augmentation dans la rapidité du courant ; mais c'est précisément le contraire qui doit arriver, car la rapidité du passage du sang à travers les artères de l'utérus doit diminuer, à mesure que ces artères acquièrent plus de capacité, comparativement aux troncs qui les alimentent.

La théorie du docteur Hope ferait supposer que le bruit de soufflet se fait entendre dans tous les cas où les mouvements du cœur, et par conséquent la circulation du sang, ont acquis une rapidité plus grande ; mais j'ai déjà dit qu'il n'en est point ainsi. Cette augmentation de rapidité suffit, suivant lui, pour donner naissance au bruit de soufflet et au frémissement cataire, indépendamment de toute augmentation réelle dans la force des battements du cœur. S'il en était ainsi, on l'entendrait constamment chez les sujets atteints de fièvre hectique, chez le fœtus et chez les enfants dont la circulation est extrêmement rapide, et cependant on ne l'entend point dans le cœur du fœtus, qui bat 140 fois par minute ; tandis qu'il est très-manifeste dans les vaisseaux de la mère, dont le pouls ne bat pas 70 fois.

C'est une chose curieuse que de voir le docteur Elliotson donner une explication diamétralement opposée à celle du docteur Hope (1). Pour lui, la cause du bruit de soufflet réside dans un ralentissement du mouvement du sang. On l'entend dans les anévrysmes, dit-il, lorsque la disposition anormale des parties gêne mécaniquement la circulation du sang, ou bien lorsque ce liquide, circulant dans un vaisseau atteint de dilatation générale, est obligé de passer de la portion dilatée dans la portion saine, plus étroite. Dans un autre endroit du même ouvrage, le docteur Elliotson affirme que le bruit de soufflet n'est produit, ni par une maladie des valvules, ni même par la production d'une matière osseuse, si un rétrécissement de l'orifice ne coïncide avec ces altérations. Les objections élevées contre la théorie de Bertin s'appliquent ici dans toute leur force.

(1) On the recent improvements in the art of distinguishing the various diseases of the heart, 1830.

En 1835, le docteur Williams a soutenu, dans la dernière édition de son ouvrage *sur les Maladies du poumon et de la plèvre*, que les conditions nécessaires pour la production du bruit de soufflet, « consistent dans une certaine résistance opposée à la progression du sang, mu avec un certain degré de force (p. 194). » Sa théorie paraît être la même que celle de Bertin.

M. Bouillaud (1) reconnaît trois causes concourant à la production du bruit de soufflet : 1° augmentation dans la force de propulsion qui réside dans le cœur ; 2° rétrécissement d'une portion quelconque du canal circulatoire ; 3° inégalités de la surface contre laquelle le sang se meut.

La valeur de la première de ces causes a été appréciée, à l'occasion des théories du docteur Spittal et du docteur Hope ; celle de la seconde, à l'occasion des hypothèses de Bertin et du docteur Elliotson ; quant à la troisième cause, il me semble facile de la réfuter.

Si l'inégalité de surface devait nécessairement produire le bruit de soufflet, ce phénomène existerait constamment dans le cœur à l'état normal. En effet, aucun état morbide ne donne lieu à une irrégularité de surface plus remarquable que celle qui existe naturellement à la surface interne du cœur. On observerait encore, d'une manière constante, le bruit de soufflet dans les anévrysmes faux, où la surface interne de la cavité sanguine est rendue raboteuse par la présence des couches fibrineuses qui s'y déposent. Dans l'une et l'autre circonstances, le bruit de soufflet n'existe pas d'une manière invariable ; par conséquent, l'inégalité de surface n'est point liée nécessairement à la production du phénomène qui nous occupe, et quand cette inégalité et ce bruit existent simultanément, on ne doit voir là qu'une simple coïncidence.

Les deux conditions qui constituent le mécanisme du bruit de soufflet, sont les suivantes : 1° un mouvement du sang sous forme de courant (*current-like motion of the blood*), qui remplace son mouvement uniforme et en masse, et qui a pour effet de déterminer des vibrations dans les parois des cavités au sein desquelles il se meut ; 2° une diminution dans la tension des parois des artères ou des cavités du cœur elles-mêmes, qui permet à ces parois d'entrer facilement en vibration, sous l'influence des courants irréguliers du liquide qu'elles renferment. Ces vibrations, perçues par le toucher, constituent *le frémissement*, et perçues par le sens de l'ouïe, constituent *le bruit de soufflet*.

Je vais entrer dans quelques développements sur cette double condition de la production du bruit de soufflet.

En exerçant, avec le doigt, sur l'artère fémorale, au moment où elle sort de dessous le ligament de Poupart, une compression suffisante pour rendre le diamètre de l'artère un peu moins grand, et pour diminuer ainsi l'afflux du sang dans la portion située au-dessous de la compression (2), on donne naissance aux deux conditions qui sont nécessaires pour la production du bruit de soufflet, c'est-à-dire, une certaine flaccidité des parois de l'artère au-dessous du rétrécissement, un mouvement tout particulier du sang, le long de ces parois moins tendues.

(1) *Archives gén. de Médecine.* Tome II.

(2) Avec un peu d'habitude, on parvient facilement à exercer le degré de compression qui convient.

Dans cette expérience, en effet, les parois du vaisseau ne peuvent conserver leur degré normal de tension, au-dessous du rétrécissement, puisque l'écoulement du sang par les divisions artérielles est plus considérable que la quantité du même liquide qui franchit la portion rétrécie. En même temps que les parois artérielles perdent une partie de leur tension, elles reçoivent une impulsion particulière du sang qui circule dans leur cavité. Ce liquide, en passant de la portion rétrécie dans la partie qui est située au-dessous, forme un courant très-compliqué, dont les particules centrales sont poussées avec une grande rapidité, tandis que celles qui se dirigent vers les parois se meuvent avec une vitesse très-variable. De là naissent des courants en forme de tourbillons (*whirling*), qui, se produisant au contact des parois de l'artère, y déterminent des vibrations extrêmement rapides. Si, alors, on pose le doigt sur le vaisseau, on perçoit un mouvement vibratoire, qui n'est autre chose que le *bruissement* de Corvisart, et le *frémissement* de Laënnec, et si, au lieu du doigt, on applique l'oreille, on entend ce bruit particulier, que nous désignons sous le nom de *bruit de soufflet*.

Dans l'état ordinaire des artères, ces deux conditions ne se présentent point, à cause de l'harmonie qui existe entre la quantité du sang qui s'écoule par les branches, et la masse du liquide qui afflue par les troncs; et parce que la totalité du sang qui remplit le système artériel est poussée comme en une seule masse, et avec une vitesse uniforme : aussi le passage du sang dans les vaisseaux est-il aphone.

Les deux conditions qui sont nécessaires pour la production du bruit de soufflet peuvent avoir d'autres causes qu'une compression ou un rétrécissement. Mais, quelle que soit leur origine, du moment qu'elles existent, le bruit de soufflet se fait entendre. La nécessité de la présence simultanée de ces deux conditions explique pourquoi, dans quelques cas d'anévrysme thoracique, le bruit de soufflet est très-fort, tandis qu'il manque dans d'autres cas qui sont en apparence semblables. Dans les cas d'anévrysme de l'aorte thoracique, où la maladie intéresse l'orifice du vaisseau, ou dans lesquels les valvules aortiques ne remplissent leurs fonctions que d'une manière incomplète, la disposition anatomique des parties est extrêmement favorable à la production du bruit de soufflet. Les valvules aortiques ne pouvant empêcher le reflux du sang, la portion dilatée du vaisseau perd une partie de sa tension, dans les intervalles des contractions du cœur, par suite du retour dans le ventricule, d'une partie du sang qu'elle renfermait; de telle sorte qu'au moment où le cœur se contracte, le liquide lancé par les ventricules forme des tournoiements, en d'autres termes, une espèce de remous, en arrivant au contact des parois larges, détendues, et souvent très-minces, de la poche anévrysmale, qui entrent aussitôt en vibration. Aussi entend-on alors un bruit de soufflet intense, accompagné d'un frémissement extrêmement sensible à la main.

Dans d'autres cas d'anévrysme de l'aorte thoracique, lors même que la dilatation est considérable, et que la poche anévrysmale est remplie de sang liquide, si les valvules aortiques sont intactes et fonctionnent bien, on n'entendra point de bruit de soufflet. En effet, les parois de l'anévrysme conserveront leur tension, aussi bien que celles des autres portions du vaisseau, et les vibrations qui viennent d'être décrites ne pourront se produire. On percevra, alors, des battements proportionnés au volume de l'anévrysme, mais non un bruit de soufflet. En un mot, le sac anévrysmal se trouve dans les mêmes conditions qu'une artère quelconque à l'état sain; tous deux offrent des pulsations; ni l'un ni l'autre n'est le siége d'un bruit morbide.

Cette explication s'applique à tous les autres anévrysmes aussi bien qu'à ceux qui intéressent l'aorte thoracique. Tant que les parois du sac anévrysmal restent tendues sur le sang, il ne s'y forme aucun bruit morbide (1).

Dans les cas de rétrécissement des orifices auriculo-ventriculaires, les deux conditions nécessaires à la formation du bruit de soufflet, existent à un haut degré de perfection; aussi, de toutes les affections qui s'accompagnent de ce bruit, il n'en est point où on l'observe aussi constamment.

Dans cette maladie, le bord libre de la valvule est épaissi et contracté de la même manière que l'ouverture d'une bourse dont la coulisse est serrée, tandis que son bord adhérent conserve sa disposition ordinaire. De là résulte un véritable entonnoir dont l'extrémité évasée répond à la cavité auriculaire, et dont le sommet se projette au dedans du ventricule. Lorsque le flot de sang passe de l'oreillette dans le ventricule, celui-ci est dans les meilleures conditions possibles pour la production du mouvement vibratoire que l'abord du sang détermine dans ses parois. Comme il vient de se vider dans l'aorte, il est dans un état de relâchement analogue au défaut de tension que l'on observe parfois dans les anévrysmes, ainsi qu'il a été dit plus haut. Les courants irréguliers du sang mettent en vibration ses parois détendues, et l'oreille perçoit alors un bruit de soufflet, qui coïncide avec l'entrée du sang dans le ventricule. Si le sujet a peu d'embonpoint, le cœur communique ses vibrations à la paroi thoracique, et la main de l'observateur, appliquée sur la région précordiale, perçoit le frémissement cataire.

Dans l'ouverture permanente de l'orifice aortique, le bruit de soufflet est ordinairement très-fort. Dans cette maladie, les valvules semi-lunaires permettent à une partie du sang de rentrer dans la cavité du ventricule; l'aorte et ses grosses divisions, telles que les carotides et les sous-clavières, perdent une partie de la tension de leurs parois après chaque contraction du ventricule. D'un autre côté, le sang, ne circulant point dans des vaisseaux à parois tendues où sa progression serait nécessairement uniforme, s'avance en formant des courants irréguliers. Ainsi se trouvent réunies les deux conditions de l'existence du bruit de souffle.

Les courants irréguliers déterminent des vibrations dans les parois de l'aorte. Aussi entend-on un bruit de soufflet très-fort, en appliquant le stéthoscope sur le sternum, dans le point qui correspond au trajet de l'aorte. Dans les artères carotides et sous-clavières, on peut explorer avec le doigt cette progression du sang en courants irréguliers, et sentir le frémissement qui résulte des vibrations de leurs parois. Chez quelques personnes atteintes de cette maladie, on entend très-distinctement un double bruit de soufflet ou de râpe.

---

(1) L'auteur a fait l'application de ces principes au diagnostic de certains anévrysmes. *Voyez* son mémoire : *On a new mode of making an early diagnosis of aneurism of the abdominal aorta.* (Dublin Journ., tom. II, p. 375).

Le premier de ces deux bruits, ou le bruit ascendant, est produit par la progression du sang ; et le second bruit ou bruit descendant, résulte de la régurgitation de ce liquide à travers les valvules insuffisantes.

Je ne connais aucune autre théorie qui puisse expliquer, d'une manière satisfaisante, la présence du bruit de soufflet dans cette affection. L'hypothèse qui attribue la production de ce bruit à une augmentation de frottement est inadmissible ici, puisque l'orifice de l'aorte n'est pas rétréci. Celle qui en cherche la cause dans une rapidité plus grande de la circulation, n'est pas plus applicable au cas qui nous occupe, car le bruit existe indépendamment de toute accélération dans le cours du sang, et même, le plus souvent, les contractions du cœur sont plus lentes que dans l'état normal. Il en est de même de la théorie dans laquelle on attribue le bruit de soufflet aux vibrations des valvules épaissies, car souvent les valvules sont plus minces et plus courtes qu'à l'état normal, et dans quelques cas, où l'insuffisance des valvules dépend d'une dilatation anévrysmale de l'orifice aortique, on les trouve exemptes de toute altération.

Il est si facile d'expliquer, d'après la théorie que je propose, la présence du bruit de soufflet dans les cas où l'orifice de l'aorte est rétréci par suite de l'altération des valvules, que je ne crois pas devoir insister sur ce point.

Nous arrivons maintenant à l'explication du bruit de soufflet qui a son siége dans les vaisseaux de l'utérus, pendant les quatre ou cinq derniers mois de la grossesse, et qui est synchrone au pouls de la mère. Ce bruit est ordinairement plus fort au niveau de la partie de l'utérus où se trouve l'insertion du placenta, que partout ailleurs. Les vaisseaux de l'utérus présentent alors, de la manière la plus complète, les deux conditions de l'existence du bruit de soufflet : « Les artères spermatique et hypogastrique, dit Hunter, sont considérablement dilatées. Les rameaux artériels qui ont acquis le plus de capacité, sont ceux qui se dirigent vers le placenta ; aussi, quelle que soit la position de ce dernier, la partie de l'utérus sur laquelle a lieu son insertion est évidemment celle qui reçoit le plus de sang, sans aucune comparaison. » Le docteur Evory Kennedy décrit ainsi (*On obstetric auscultation*), la portion placentaire de l'utérus : « Elle paraît constituée par un amas de vaisseaux tortueux ramifiés et dilatés en cellules ou sinus, tandis que le reste de l'utérus présente la structure parenchymateuse de l'organe, parcourue seulement par quelques vaisseaux » On trouve donc particulièrement dans la portion placentaire de l'utérus, un courant sanguin « se précipitant, comme dit le docteur Kennedy, d'un ou deux troncs artériels, dans un vaste système de conduits dilatés. » Après chaque contraction du cœur, la pression exercée de dedans en dehors sur les vaisseaux utérins par le produit de la conception, et celle qui, provenant de l'action des muscles abdominaux, s'exerce de dehors en dedans, se réunissent pour évacuer ces vaisseaux, et pour détendre leurs parois, soit en chassant dans les veines le sang qui vient d'être apporté dans les artères, soit en refoulant une partie du liquide vers les troncs principaux, soit enfin, ce qui est le plus probable, par ce double mécanisme. Les artères tortueuses de la portion placentaire de l'utérus présentent donc ainsi, dans l'intervalle des contractions du cœur, la première des deux conditions nécessaires pour la production du bruit de soufflet, c'est-à-dire, la flaccidité des parois ; et lorsque le sang provenant des troncs principaux et formant une foule de courants qui se croisent et se heurtent dans ces artères sinueuses, arrive au contact de leurs parois détendues, ces parois ne peuvent manquer d'entrer en vibration, ce qui donne lieu au bruit de soufflet.

Dans l'anévrysme variqueux, à chaque diastole de l'artère, un jet de sang artériel se précipite dans la veine. Ce jet artériel détermine dans le sang veineux, dont la marche est moins rapide, des courants irréguliers qui, faisant vibrer les parois de la veine, produisent le frémissement appréciable au doigt, et le bruit de soufflet appréciable à l'oreille.

Il est d'autres cas qui présentent un bruit de soufflet et un frémissement très-remarquables ; je veux parler de ceux où il existe une de ces tumeurs pulsatives, volumineuses, qui ont été décrites par M. Breschet, sous le nom de *varices artérielles*, et par M. Adams, comme constituant une variété des anévrysmes par anastomose.

Dans cette singulière maladie, la tumeur est molle et paraît spongieuse au toucher ; elle offre des battements comme les tumeurs anévrysmales ordinaires. Lorsqu'on la saisit dans la main, on perçoit un frémissement très-intense qui fait naître l'idée d'une infinité de courants rapides qui la traversaient dans tous les sens. On y entend, en outre, toutes les variétés du bruit de soufflet. Ce bruit et ce frémissement sont synchrones à la dilatation des grosses artères qui se rendent vers la tumeur. La dissection apprend que ces tumeurs sont composées d'artères considérablement dilatées, à parois minces et flasques, présentant un grand nombre de dilatations latérales, s'entrelaçant et se contournant en mille replis tortueux, et mêlées à des cellules avec lesquelles elles communiquent largement. Ces cellules, communiquant aussi avec les veines, prennent souvent une couleur noirâtre, et se distendent à chaque diastole de la tumeur. En un mot, le tissu de cette tumeur, éminemment érectile, rappelle celui de l'utérus pendant la grossesse, dans lequel on observe le même bruit de soufflet.

Une telle structure présente au plus haut degré les conditions qui constituent le mécanisme du bruit de soufflet. Les artères dilatées, tortueuses, à parois minces et flasques, communiquant largement avec des cellules et des veines, et se vidant en partie après chaque diastole, sont dans les conditions les plus favorables pour que leurs parois entrent en vibration par l'impulsion des courants qui se forment dans leurs cavités. Le sang, qui est poussé dans ces tubes dilatés, et en partie privés de tension, forme un grand nombre de tourbillons en traversant leur canal, et, se transformant dans leur intérieur en une infinité de courants de vitesse extrêmement variable, détermine un mouvement vibratoire dans leurs minces parois. Si l'on exerce une pression momentanée sur un des troncs principaux qui alimentent les artères tortueuses de la tumeur, de manière à ce que les vaisseaux de celle-ci deviennent encore plus flasques, les conditions deviennent d'autant plus favorables à la production du bruit de soufflet. Quand on suspend cette compression, la tumeur se remplit de nouveau rapidement, avec un bruissement très-fort.

Quelquefois le bruit du soufflet se fait entendre dans les grosses artères et dans le cœur de sujets qui ont perdu une grande quantité de sang, et l'on sait qu'il est perçu dans le cœur et dans les artères des animaux que

l'on saigne abondamment. Dans ces cas, par suite de la diminution considérable et soudaine de la quantité de sang, l'équilibre de la circulation se trouve détruit; le système vasculaire ne peut pas s'adapter subitement à cette diminution du liquide en circulation, et les grosses artères n'étant pas suffisamment tendues, le sang est poussé à l'intérieur de ces tubes, à chaque contraction du cœur, non en une masse dont toutes les molécules s'avancent d'une manière uniforme, mais en formant des courants irréguliers. Un fait qui confirme cette manière de voir est le suivant : quand on pratique la saignée de l'artère temporale, si l'artère a un certain volume, et si l'instrument ne l'a pas divisé complètement en travers, indépendamment du sang qui coule par la plaie, il reste encore une certaine quantité de liquide qui poursuit son cours dans la cavité du vaisseau, ainsi qu'il est facile de le reconnaître aux battements que l'on peut sentir au-delà de l'incision. Au-dessus de la plaie, le doigt appliqué sur le vaisseaux y perçoit un frémissement manifeste, tandis qu'au-dessous il existe une simple pulsation. Ici, la portion de l'artère située au-delà de la plaie, se trouve dans les mêmes conditions que les gros troncs artériels chez les sujets qui ont perdu une quantité considérable de sang ; elle ne reçoit pas dans sa cavité la quantité de sang qui serait nécessaire pour tenir ses parois tendues. Ce qui passe de ce liquide dans cette portion, ne pouvant se mouvoir comme une masse uniforme, se décompose en courants irréguliers; et ce sont les vibrations que ces courants déterminent dans les parois de l'artère, qui donnent lieu au frémissement dont cette portion de l'artère est le siége.

Le bruit de soufflet se fait entendre quelquefois chez des personnes hystériques, nerveuses ou irritables, sans qu'il existe ni contraction, ni dilatation pour en rendre compte. Chez ces personnes, des causes très-légères troublent la régularité des mouvements du cœur et des artères. La conséquence immédiate de ce trouble est une perversion, souvent momentanée dans la progression du sang, et une modification de l'état naturel de tension des artères. Telle est l'origine du bruit de soufflet dans ces cas. Mais que la cause de l'agitation, des mouvements irréguliers, précipités du cœur, vienne à disparaître, cet organe reprend ses mouvements réguliers, la circulation devient uniforme, les parois des artères reviennent à leur degré normal de tension, et le bruit de soufflet perd de sa force et cesse bientôt tout à fait. Dans la fièvre inflammatoire, les mouvements du cœur sont plus énergiques et plus fréquents qu'à l'état normal ; les artères sont plus pleines qu'à l'ordinaire; le sang s'avance par un mouvement uniforme de toutes ses molécules; aussi ne se produit-il aucun bruit de soufflet.

La théorie que je viens d'exposer peut être corroborée par une expérience très-simple.

On adapte une portion d'intestin de mouton, ou bien un tube de cuir ou de gomme élastique, à l'extrémité inférieure d'un conduit en étain, dont l'extrémité supérieure communique avec un vase haut de quatre à cinq pieds, et plein d'eau. L'appareil est disposé de manière à ce qu'une partie du tube métallique et la totalité du tube flexible, qui d'ailleurs ont le même diamètre, soient posées horizontalement. On laisse couler l'eau dans la cavité de ces conduits.

Tant que les parois du tube flexible sont maintenues dans un état de tension par l'afflux abondant du liquide qui le traverse, la progression de ce liquide dans sa cavité se fait comme celle du sang dans une artère pleinement distendue, elle est douce et uniforme : aucun *bruit* n'est produit. Les parois du tube étant appliquées avec tension et exactitude sur le liquide, aucun mouvement vibratoire ne peut s'y développer; aussi ce tube ne présente-t-il aucun *frémissement*.

Si avec le doigt on exerce sur un point quelconque du tube flexible, une compression par suite de laquelle la quantité du liquide qui arrive à la *portion située au-delà* est diminuée, les parois de cette portion perdent leur tension, le liquide s'y décompose en courants irréguliers ; en un mot, le tube flexible se trouve placé dans les mêmes conditions que l'artère fémorale soumise à l'expérience qui est décrite au commencement de ce mémoire, et l'oreille entend un fort bruit du soufflet, tandis que la main placée sur le tube flexible perçoit un véritable frémissement.

M. Bouillaud a objecté contre cette expérience, que le bruit de soufflet est produit, non dans la portion du tube située au-delà du point comprimé, mais au niveau de ce point lui-même; qu'il est l'effet de l'augmentation de la pression exercée sur le liquide au moment où celui-ci franchit le rétrécissement, et que cette expérience confirme sa doctrine.

Pour répondre à cette objection, j'ai refait l'expérience de la manière suivante :

A l'extrémité du tube flexible, j'ai adapté un tuyau dont l'aire égalait la moitié de celle du conduit métallique. Ensuite je laissai couler librement le liquide. Il s'écoula un peu de temps avant que le tube flexible interposé aux deux conduits eût acquis toute sa tension. Pendant tout ce temps, ses parois furent le siége d'un mouvement vibratoire appréciable à l'œil, et l'on entendit un fort bruit de soufflet; mais dès que le tube eut atteint son degré normal de tension, tout frémissement et tout bruit de soufflet cessèrent subitement, bien que le liquide continuât à couler aussi librement.

Voulant m'assurer si un rétrécissement du tube peut prendre part à la production du bruit de soufflet, je plaçai une ligature à la partie moyenne du tube flexible, et je la serrai de manière à diminuer d'un tiers la cavité de ce tube. Si la diminution avait été portée plus loin, la portion du tube située au-delà n'aurait pu conserver sa tension, et il se serait produit un bruit de soufflet permanent. J'obtins ici le même résultat que dans l'expérience précédente, c'est-à-dire, que j'observai le bruit du soufflet et le frémissement pendant tout le temps que le tube flexible mit à se remplir, mais que ces deux phénomènes cessèrent aussitôt que le tube flexible fut complètement distendu. Si le rétrécissement était la cause *immédiate* du bruit de soufflet, et suffisait pour sa production, ce bruit aurait continué à se faire entendre; et sa cessation, au moment même de la pleine distension du tube, bien que le rétrécissement restât le même, démontre de la manière la plus évidente, que tout le rôle du rétrécissement se borne à favoriser l'établissement des conditions d'où dépend immédiatement la production du bruit de soufflet. Cette expérience prouve aussi que l'augmentation de rapidité du liquide n'est point la cause du bruit de soufflet, car ce bruit aurait dû persister dans la portion rétrécie où la vitesse du liquide doit être toujours plus considérable que dans les autres portions.

A la place du tube flexible formé par un intestin de mouton, j'adaptai, à l'extrémité du conduit métallique,

un tube en cuir qui présentait un renflement latéral, et qui ressemblait exactement à une artère affectée de dilatation anévrysmale. J'eus soin que l'orifice par où le liquide s'écoulait au dehors fut plus petit que celui du tube métallique. A raison de cette différence il s'écoula un court espace de temps avant que le tube de cuir fut pleinement distendu ; pendant tout ce temps, le doigt placé sur la portion dilatée sentit un frémissement manifeste, et dans le même point, un bruit de soufflet très-fort se faisait entendre. Mais du moment que cette cavité fut complètement remplie et distendue, bien que le liquide continuât à la traverser, tout bruit et tout frémissement cessèrent. Cette expérience nous explique la présence du bruit de soufflet dans certains anévrysmes, et son absence dans certains autres.

Il est inutile de dire que je considère le bruit de soufflet et toutes ses variétés, *bruit de lime, bruit de râpe*, etc., de même que le frémissement cataire, comme ayant la même origine.

En faisant les expériences qui viennent d'être décrites, il y a deux précautions à prendre : 1° il faut que l'air soit expulsé avec le plus grand soin de l'intérieur des tubes ; 2° il faut que le tube flexible ait au moins trois ou quatre pieds de longueur, et que l'extrémité par laquelle le liquide, s'écoule, plonge dans un vase plein d'eau, afin d'éviter la confusion résultant du bruit qui se produirait à cette extrémité.

En parlant de la flaccidité ou du défaut de tension des parois vasculaires, je veux seulement exprimer un état dans lequel, leur tension étant *diminuée*, ces parois sont susceptibles de vibrations, et que l'on doit distinguer de l'état où se trouvent ces mêmes parois lorsqu'elles sont *complètement* remplies et distendues par un liquide incompressible. Cet *état vibratoire* peut être produit dans un tube métallique aussi bien que dans un tube flexible. Le tube d'étain dont je me suis servi dans les expériences précédentes ayant été rétréci par un coup de marteau, à un pied de distance de son extrémité terminale, il se produisit un bruit de soufflet musical très-fort, dans la portion du tube située entre le rétrécissement et l'orifice de sortie qui avait conservé son diamètre primitif. On peut facilement expliquer ce bruit de la même manière que le bruit de soufflet observé dans les tubes flexibles. Le liquide, en passant de la portion rétrécie dans la cavité plus large, tendait à laisser des espaces vides le long des parois. Il s'écartait donc du courant central plus rapide que tous les autres, de petits courants qui formaient des remous, pour venir remplir ces espaces. Le mouvement vibratoire du liquide dans cette portion du tube se communiquait à ses parois, et entrait également en vibration ; delà, le bruit qui était perçu. On ne pouvait constater aucun frémissement, parce qu'ici les vibrations sont trop petites pour être appréciables au toucher.

Si cette explication est exacte, tout ce qui tend à faire cesser le mouvement vibratoire du tube doit faire cesser aussi le bruit de soufflet. C'est en effet ce qui eut lieu : on donna à l'orifice d'écoulement un diamètre plus étroit que celui de la portion rétrécie ; lorsqu'on laissa couler le liquide, celui-ci sortit de l'orifice diminué en s'élançant avec force à une distance de plusieurs pieds, et aucun bruit ne put être entendu dans la portion du tube où il avait été très-marqué (1). Dans ce cas, il ne formait plus de bruit, parce que la portion du tube comprise entre le rétrécissement et l'orifice étroit se trouvait dans les mêmes conditions que le tube flexible arrivé à l'état de distension ; dans l'une des expériences rapportées ci-dessus les parois ne pouvant plus vibrer, il n'y avait plus de son rendu.

(1) Dans cette expérience, il se produit un son peu appréciable à l'orifice d'écoulement, mais il est très-facile de le distinguer du bruit musical qui a son siège dans les parois du tube.

VOCHENSCRIFT

DER

FUER DIE GESAMMTE HEILKUNDE, VON CASPER.

Des maladies de la rate ; par le professeur NASSE, de Bonn.

Il se présente souvent des maladies de la rate dans nos contrées, et la médecine clinique en traite annuellement un certain nombre. Les cas qui se présentent le plus fréquemment sont des gonflements de la rate avec ou sans inflammation, endurcissement et ramollissement. Des inflammations pures, c'est-à-dire non-compliquées, se présentent rarement. Ce sont surtout les gonflements de la rate qui constituent les cas si fréquents de maladies de cet organe, et se présentent chez les deux sexes accompagnés de fièvres intermittentes. Séparés de ces dernières on ne les rencontre que chez les femmes, à partir de l'époque où la menstruation commence jusqu'à celle où elle disparaît. Sans doute M. Piorry a raison *(Mémoire sur l'état de la rate dans les fièvres intermittentes)*, quand il dit que les fièvres intermittentes sont constamment en rapport avec des états morbides de la rate; car chaque fois que j'explore avec la main l'hypocondre gauche dans des cas de fièvres intermittentes, je le trouve aussi gros et quelquefois plus gros que l'hypocondre droit. Des Hollandais, qui sont venus mourir dans nos pays, avec des fièvres quartes et des hydropisies, m'ont constamment présenté des altérations de la rate et surtout des ramollissements. Je n'ose pas espérer qu'un malade atteint de fièvre intermittente sera délivré de son mal avant que le toucher et la percussion ne m'aient démontré que l'hypocondre gauche se trouve à l'état normal.

Les gonflements de la rate non-accompagnés de fièvre intermittente, et que l'on n'observe que chez les femmes, dépendent généralement d'irrégularités dans la menstruation. Tantôt les règles ne paraissent pas du tout, tantôt elles retardent ou sont trop peu abondantes. Il est des cas où les malades rapportent l'origine de leur affection à un coup qu'elles ont reçu dans le côté gauche, mais le plus souvent la cause reste inconnue. Les malades déclarent que depuis longtemps leurs menstrues apparaissent irrégulièrement, mais il est impossible de déterminer si cette irrégularité est la cause ou l'effet de la maladie de la rate. Si les règles paraissent dans le cours d'une affection de la rate, il suffit de la moindre émotion pour les arrêter, et j'ai souvent appris que le bruit produit par une porte trop violemment fermée avait suffi pour arrêter les règles d'une personne atteinte d'une semblable maladie.

Les jeunes filles sont principalement sujettes à cette affection, que l'on ne rencontre que rarement chez les jeunes femmes. La plupart des malades sont grasses, mais elles ont un pouls faible et de petites veines. Le mal peut durer des années entières, quelquefois il disparaît pendant un certain temps pour revenir bientôt après. Pendant le temps de la rémission, la douleur est faible, ou ne se réveille même que par la pression exercée sur l'hypocondre gauche. Mais pendant le temps de l'exacerbation, il survient des douleurs vives, de l'accélération du pouls, et souvent aussi des crampes. Celles-ci sont le plus souvent très-violentes; elles apparaissent sous toutes les formes, et n'épargnent aucune des parties soumises à l'action de la volonté. Généralement, pendant ces accès de crampes, les malades sont en apparence privées de connaissance.

Celui qui n'est pas prévenu peut croire alors que cet état dépend d'une maladie du cerveau ou de la moelle. Cet organe se trouve, il est vrai, affecté, mais symptômatiquement par suite de la maladie de la rate. Dès que celle-ci disparaît, les crampes disparaissent également, et il ne reste plus rien de l'affection du cerveau ou de la moelle. La cause de tout ce trouble réside dans un gonflement inflammatoire de la rate. Dans les moments où il n'y a pas de douleur, il n'existe qu'une congestion et qu'un gonflement simple de cet organe: mais quand la douleur et les autres symptômes indiqués paraissent, c'est que l'inflammation s'est emparée des enveloppes fibreuses et séreuses de la rate.

Si je ne me trompe, la rate doit jouer un rôle beaucoup plus important qu'on ne le pense dans les accidents nerveux si fréquents chez la femme. Je suis persuadé que dans beaucoup de cas où l'action magnétique a produit du somnambulisme et du soulagement chez les jeunes filles atteintes de crampes violentes, la cause des accidents n'était autre qu'une hypertrophie de la rate. Je trouve, par exemple, dans beaucoup de cas rapportés par Wienholt pour prouver l'action efficace du magnétisme animal, tous les symptômes d'une affection de la rate, tels que : douleurs dans le côté gauche, sensibilité obtuse, irrégularité dans la menstruation, vomissements, etc.

Jamais il ne s'est présenté à moi un cas de maladie où j'aie pu, soit par les symptômes, soit par l'autopsie, découvrir un état morbide du ganglion solaire, ce dont on a tant parlé, et je doute encore que l'on ait raison d'attacher autant d'importance à ce ganglion sous le rapport pathologique, qu'on le fait, du moins en Allemagne. Combien de fois, si j'en juge par ce que j'ai vu au lit du malade, une maladie de la rate méconnue n'eût-elle pas dû produire les accidents arbitrairement attribués à ce ganglion.

Le vomissement de sang n'est point un symptôme nécessaire d'une hypertrophie inflammatoire de la rate, mais il se présente souvent; il diminue la douleur, mais non la maladie. J'ai vu dans le cours d'une semblable affection vingt à trente livres de liquide, formé

en majeure partie de sang pur, être expulsé pendant des années, sans que le mal disparût. C'est une grande erreur que d'avoir confondu ce vomissement de sang chez des jeunes filles, avec le *morbus niger* d'Hipp. Le *morbus niger* n'apparaît que chez des personnes d'un âge avancé, presqu'exclusivement chez les hommes d'un tempérament bilieux : il existe sans douleur dans l'hypocondre gauche ; il est accompagné de l'expulsion de sang dégénéré, qui le plus souvent est rendu par les selles sans être mélangé à des fécès. Nous avons examiné chimiquement la matière rendue par les selles dans le *morbus niger;* c'est du sang, mais déjà décomposé, tandis que le sang vomi dans les affections de la rate n'est mélangé que de suc gastrique et de mucus.

Souvent dans les hypertrophies de la rate, le cœur souffre sympathiquement. On observe alors des palpitations, de l'irrégularité du pouls, des syncopes, et un grand abattement. Et dans ce cas il est souvent très-difficile de déterminer si une douleur dans le côté gauche accompagnée de palpitations, d'anxiété, de tristesse, de syncopes, sans gonflement apparent dans l'hypochondre gauche, dépend d'une affection idiopathique du cœur, ou d'une maladie de la rate.

D'après Brée, Pemberton et d'autres, j'ai essayé divers moyens curatifs contre l'hypertrophie inflammatoire de la rate, mais je n'ai point rencontré de remède certain : actuellement j'emploie contre les accidents inflammatoires des saignées locales, ou même générales. Si l'état du malade l'exige, je prescris un régime antiphlogistique sévère, et je donne le sel de Glauber comme purgatif. A l'époque de la rémission, je donne de l'acide sulfurique, uni à du sulfate de magnésie, si le malade ne va pas journellement plusieurs fois à la selle; et dans les cas rebelles je fais poser un cautere ou un séton dans l'hypocondre gauche. J'ai recours au magnétisme pour calmer les accidents nerveux trop violents.

Les inflammations simples de la rate peuvent être ici, comme ailleurs, plus fréquentes qu'on ne le pense, mais le diagnostic en est obscur. Un cas que j'ai observé récemment vient à l'appui de cette opinion. Chez une femme en couches, il survint de la congestion vers la tête, une fièvre violente, du délire, du trouble dans les lochies, un gonflement du genou gauche, des douleurs dans l'hypocondre droit aussi bien que dans le gauche, et dans tous deux un gonflement augmentant et diminuant tour à tour ; enfin des nausées, mais sans vomissement : et nous trouvâmes après la mort un foyer purulent de la rate, qui s'était ouvert dans l'abdomen.

Une suppuration aiguë de la rate se termine toujours par la mort ; cependant j'ai observé un cas fort remarquable chez un homme qui s'était longtemps adonné au vin, et qui, après avoir offert des symptômes évidents d'une inflammation de la rate, rendit en toussant une grande quantité de pus grisâtre presque noir : il en rejeta pendant plusieurs semaines, et au bout de ce temps, les symptômes existant dans l'hypocondre gauche disparurent, et le malade guérit. Y a-t-il eu dans ce cas résorption du pus vers les poumons ou rupture du diaphragme, c'est ce que je ne puis décider.

Les indurations se présentent assez fréquemment, plus souvent à ce qu'il paraît chez l'homme que chez la femme. L'hypocondre gauche ne présente pas dans ce cas un gonflement très-apparent, et il est peu douloureux à la pression ; toutefois, l'ascite qui existe presque toujours dans ce cas ne permet pas une exploration très-exacte.

Aucun organe ne présente une hypertrophie aussi considérable que la rate. Nous avons vu ici un jeune homme qui portait une tumeur lisse, non-adhérente aux parois abdominales, d'une consistance presque osseuse, qui avait évidemment la forme de la rate, qui s'étendait de l'hypocondre gauche, en dehors dans la région du flanc, dans tout le côté gauche du ventre jusqu'à l'os iliaque et à droite au-delà de l'ombilic : en même temps une partie des intestins était contenue dans une hernie inguinale gauche.

Les tubercules de la rate ne se reconnaissent que sur le cadavre ; ce n'est que lorsqu'ils sont accompagnés d'inflammation qu'ils produisent pendant la vie de la douleur et de la fièvre.

Il faut nécessairement que les fonctions de la rate soient dans un rapport intime avec ce point de la préparation du sang en vertu duquel les parties liquides ne peuvent y affluer en trop grande quantité ; car aucun organe, quand il est malade, ne produit si facilement des hydropisies que la rate. D'après mes observations, le foie se rapproche sous ce rapport de ce dernier viscère. Les affections du cœur produisent bien aussi fréquemment l'hydropisie ; mais celle-ci se borne alors le plus souvent aux extrémités inférieures. L'induration de la rate a rarement lieu sans hydropisie, et celle qui est souvent la suite d'une fièvre éruptive, je l'ai presque toujours vue coïncider avec une maladie de la rate. La dégénérescence de ce viscère qui prédispose le moins à cet accident paraît être la suppuration. L'hydropisie produite par les maladies de la rate ne se borne pas à l'abdomen et aux membres : je l'ai vue envahir la poitrine, et dans un cas de ramollissement de la rate il existait un épanchement dans la plèvre droite et non dans la gauche.

Je ferai remarquer en dernier lieu, que l'on voit très-souvent des maladies cutanées coïncider avec une affection de la rate, et l'on rencontre le plus fréquemment celles de ces maladies qui indiquent une diminution de la sensibilité de la peau : telles que le purpura, le ptyriasis, l'ectyma, etc.

JOURNAUX ITALIENS.

CHOLÉRA-MORBUS.

Observations sur le choléra-morbus d'Italie.

Tous les journaux de médecine italiens sont remplis de détails sur le choléra-morbus d'Italie et de Naples. Pour éviter des longueurs en les répétant, nous allons présenter dans un seul article un résumé succinct des principales observations qu'on a faites sur l'épidémie dont il s'agit.

Après le règne de l'épidémie cholérique à Paris, quatre années se sont écoulées avant que la maladie ne gagnât le territoire italien. C'est vers la fin de juin 1835 que le mal se déclara à Villefranche et quelques jours après à Nice; il gagna bientôt Cuméo en Piémont, et passa ensuite à Turin le 12 août de la même année. Les pays limitrophes, moins ceux placés à l'est de cette dernière ville, essuyèrent à leur tour l'épidémie. Dans le courant du même mois d'août, le fléau envahit avec véhémence la ville de Gênes, où il est retourné une seconde fois en juillet 1836; il suivit la côte maritime de la Ligurie pour s'arrêter principalement à Livourne vers la fin de septembre. Peu de temps après, la maladie éclata à Venise et à Trieste. Le 10 novembre 1835, les anciens états vénitiens, tels que Vérone, Bergame, Brescia, Como, etc., ont été le théâtre de l'épidémie, et c'est vers le mois d'avril 1836, que la ville de Milan a été ravagée à son tour pendant cinq mois continus. Parme et Plaisance furent attaquées ensuite; le mal passa enfin à Ancône et de là, en dernier lieu à Naples, où il a régné depuis les premiers jours d'octobre. Tel est l'itinéraire que la maladie a suivi jusqu'à présent dans la péninsule italienne.

Un premier fait à noter dans cette espèce de progression, c'est que la maladie a suivi en Italie, comme dans plusieurs autres parties du globe, une marche irrégulière; tantôt par sauts, tantôt suivant une ligne continue mais pour ainsi dire en zigzag, tantôt enfin en rétrogradant pour retomber sur quelques-uns des pays qu'elle avait épargnés dans son premier passage.

Les pays de cette partie du continent qui comptent le plus de ravages sont Nice, Cunéo, Gênes, Venise, Brescia et Ancône. Le nombre des victimes a été bien moins considérable à Turin, Milan, Naples, etc. C'est ainsi par exemple que la ville de Gênes compte 7000 morts sur cent et quelques mille habitants; tandis que Naples, au contraire, a eu à peine trois mille morts sur quatre cent mille âmes qu'elle renferme. Si l'on veut maintenant rapprocher la mortalité du choléra de Paris de celle de Naples et de Londres, on trouvera une différence proportionnelle qui est digne de l'attention des praticiens. Paris compte, comme on sait, plus de trente mille victimes; tandis que Londres, sur une population double par rapport à Paris, a eu à peine cinq mille morts, et Naples, dont la population n'atteint pas la moitié de celle de Paris ou le quart de celle de Londres, compte à peu près la moitié de la mortalité relativement à cette dernière ville. D'où l'on peut conclure que la mortalité de Naples a été, proportionnellement au nombre de ses habitants, cinq fois moins considérable que celle de Paris, deux fois plus forte que celle de Londres; ou en d'autres termes, il y a plus de ressemblance entre les chiffres des victimes cholériques de Londres et de Naples, qu'entre ceux de ces deux pays et de Paris. A quoi tient ce rapprochement entre Londres et Naples? Est-ce à l'influence du Vésuve, de la Sulphatare et de l'Etna chez les uns; à celle de la vapeur du charbon de terre ou du gaz de l'éclairage chez les autres?

Un autre fait non moins digne de remarque qui a été pour la première fois signalé par la *Gazette médicale* à l'occasion du choléra de Paris, c'est que la maladie a présenté en Italie comme partout ailleurs une période d'incubation avant de devenir foudroyante. Dix, quinze jours, trois semaines avant la déclaration ouverte du choléra, il régnait généralement des affections gastro-intestinales, telles que coliques, embarras gastriques, diarrhées plus ou moins prononcées, douleurs d'entrailles, nausées, etc. C'est cette période larvée de la maladie cholérique qui mérite la plus grande attention, car c'est sur elle que la médecine a un empire réel, pouvant le plus souvent arrêter le mal à son début. On citerait à peine un seul cas où le choléra n'a pas débuté de cette manière avant de devenir foudroyant.

Quant à la symptomatologie, à la marche, aux complications, aux terminaisons et aux résultats des autopsies cadavériques, à part la présence du tricocéphale dont nous avons parlé déjà (1), le choléra d'Italie n'a rien présenté qui ne fut conforme à ce qu'on avait observé dans d'autres parties du globe. Nous ferons seulement remarquer que, d'après les renseignements particuliers qui nous ont été transmis par nos correspondants, la cyanose et le vomissement ont été moins fréquemment observés à Naples et dans d'autres villes d'Italie qu'ailleurs.

La thérapeutique suivie par les médecins italiens présente ce seul fait digne d'être noté, savoir que ce sont les moyens perturbateurs et les calmans, tels que l'ipécacuanha, le calomel, l'huile d'olive jointe au jus de citron, et l'acétate de morphine, que l'expérience a démontrés généralement utiles.

Un déluge de brochures, de monographies et d'articles sur le choléra sortent continuellement des presses de l'Italie depuis l'invasion de l'épidémie dans ce pays. La plupart de ces productions ne sont qu'une répétition de tout ce qu'on avait écrit depuis vingt années que le fléau voyage dans les différentes régions du monde : cela devait être, puisque la nature et la forme de la maladie n'ont pas été différentes, sous le beau ciel d'Italie, que sous celui des climats opposés. Une seule circonstance cependant doit être ici notée à l'égard de la manière de voir des médecins italiens, c'est que la plupart d'entre eux regardent la maladie comme contagieuse. Il est très-curieux de voir l'espèce d'illusion qui règne généralement parmi les écrivains italiens sur

(1) Voyez tome XIII de l'*Encyclogr.*, (2e série), *Gaz. méd. de Paris.*

le développement du choléra ; ils se sont créé une sorte de généalogie et d'itinéraire à leur gré, et font passer le mal d'un pays à un autre par l'intermédiaire de Pierre, Jacques ou Paul, sans réfléchir que, si le choléra était absolument contagieux comme la syphilis, la vaccine, la gale, etc., il se transmettrait indistinctement à tous les individus qui auraient touché des cholériques ; il serait borné par les cordons sanitaires et ne marcherait pas par bonds et irrégulièrement, suivant la direction variable des vents. Si le choléra a débuté à Naples, par exemple, dans les quartiers près du port, c'est que ces endroits sont le plus exposés à l'influence de l'atmosphère ou des vents cholérifères.

Les conséquences auxquelles a conduit la prévention qu'on a eue pour la nature contagieuse du choléra, tiennent précisément à la confusion qu'on a faite entre les maladies miasmatiques et les affections exclusivement contagieuses.

Les maladies miasmatiques, c'est-à-dire dépendant d'un principe morbide existant dans l'atmosphère, telles que la fièvre intermittente pernicieuse, la fièvre jaune, le typhus, etc., se transmettent de région en région par les seules conditions atmosphériques, et nullement d'individu à individu; ou du moins leur mode de transmission principal n'est pas la communication personnelle. Tous les cordons sanitaires imaginables ne sauraient pas empêcher le principe miasmatique de voyager lorsque les conditions voulues existent dans l'atmosphère. De ce nombre est incontestablement le choléra-morbus. Aussi nous avons eu connaissance, en 1832, d'individus qui, ayant contracté le choléra à Paris, se sont rendus en voiture, les uns à Lyon, les autres à Passy, sont arrivés à leur domicile cyanosés, sont morts avec tous les symptômes de l'épidémie, et enfin l'on a fait l'autopsie de leur cadavre sans que la maladie se soit ensuite déclarée dans aucun de ces pays.

Les maladies absolument contagieuses, au contraire, dépendent d'un virus capable de se transmettre de corps à corps par le contact immédiat ou par inoculation. De ce nombre sont la syphilis, la vaccine, la gale, la rage, etc. Ici la séquestration des malades est un moyen certain de préservation. Ajoutons néanmoins que quelques maladies peuvent être contagieuses et miasmatiques à la fois, telles sont, par exemple, la gangrène nosocomiale, la variole, etc., qui peuvent se transmettre avec ou sans contact.

Le choléra, dans le plus grand nombre de cas, n'appartient pas à la famille des maladies purement contagieuses, car il ne paraît pas transmissible d'homme à homme par le contact immédiat. Si plusieurs individus d'une même maison, d'un même quartier, ont été frappés successivement du choléra, cela tient plutôt aux conditions physiques de la localité, qu'à la transmission de la maladie. Cette vérité a très-bien été sentie par le magistrat de santé de Gênes, dans l'édit suivant émané après la manifestation du choléra dans cette ville.

« Tant que nous nous sommes flattés, dit le magistrat de santé, de pouvoir arrêter la maladie qui a sévi dans la Provence et à Nice, partageant l'opinion que ce fléau ne pouvait se propager que par contact, nous avons employé avec la plus grande rigueur les mesures prescrites en pareils cas. Chez nous, comme ailleurs, l'expérience a déjoué ces prévisions ; les faits sont plus convaincants que les raisonnements. Les autres nations qui ont fait cette triste épreuve partageaient dans le principe cette erreur, et plus tard elles ont été détrompées, et nous aussi, nous le sommes par l'invasion malgré les cordons, par les cas isolés et distants les uns des autres qui ont commencé par des personnes n'ayant eu aucune communication suspecte; nous le sommes par exemple des émigrés de Nice et de Cunéo, qui n'ont point introduit la maladie dans une grande partie du pays où ils se sont réfugiés. Nous sommes enfin désabusés par la préservation des hommes courageux qui ont assisté et touché les cholériques dans la plupart des hôpitaux de Gênes ou des environs. »

Ce n'est donc pas sans étonnement que nous avons vu tous les journaux italiens, et en particulier ceux de Naples, jeter l'alarme dans l'esprit des médecins et du peuple, en attribuant au choléra la qualité contagieuse qu'il n'a pas, ou du moins qu'il n'aurait que secondairement et dans des conditions exceptionnelles.

Telles sont les observations et réflexions qui nous ont été suggérées par la lecture des nombreux articles sur le choléra, répandus dans les divers journaux de médecine italiens.

ANNALI UNIVERSALI DI MEDICINA.

Opération de lithotripsie pratiquée avec succès sur une petite fille de sept ans ; par M. Gherini, récompense décernée à ce chirurgien par une société philanthropique de Milan.

En janvier 1836, une société philanthropique avait proposé un prix de 1,500 fr. à celui des chirurgiens de la Lombardie qui exécuterait avec succès, dans le pays et en présence d'une commission nommée par la société, la première opération de lithotripsie d'après la méthode de M. Heurteloup, et à l'aide de l'instrument de M. Ségalas. Ce prix vient d'être décerné à M. Gherini. Voici le fait : il est d'autant plus remarquable qu'on n'avait peut-être pas encore eu l'occasion d'exécuter l'opération sur une petite fille aussi jeune.

Obs. — Caroline, paysanne, âgée de 7 ans, native de Misinto, de constitution grêle et scrofuleuse, née de parents sains, s'était toujours bien portée jusqu'au mois de septembre 1835. A cette époque elle s'est plainte de difficulté douloureuse en urinant; les parents consultent le médecin du pays qui diagnostique une irritation vésicale et ordonne des bains de siège et des boissons mucilagineuses. Ces moyens n'ont pas apaisé la maladie. Les difficultés pour uriner augmentent; bientôt après se joint l'incontinence des matières fécales, puis l'urine sort aussi involontairement.

Le 19 mars 1836, la petite malade est reçue à l'hôpital de Milan. On la sonde et l'on reconnaît de suite l'existence d'une pierre dans la vessie Les fèces et l'urine continuaient à s'échapper sans l'influence de la volonté. Il y avait douleur aux organes génitaux; des excoriations par suite de l'écoulement urinaire; fièvre; sueurs abondantes; marasme progressif.

On la sonde ensuite avec un brise-pierre à pression et à percussion du diamètre de trois lignes; on saisit aisément la pierre, qui marque neuf lignes de diamètre, et l'on assure que le corps étranger est unique : on s'abstient de l'écraser à l'instant afin d'en prévenir la société. La petite malade n'a pas beaucoup souffert de ces manœuvres; en attendant on la prépare à l'aide du repos au lit; des bains émollients; boissons mucilagineuses; un régime approprié, etc.

La première séance est pratiquée le 18 avril, en présence de la commission nommée et de plusieurs chirurgiens et médecins distingués du pays. Aucune injection n'a été faite dans la vessie, attendu que cet organe, qui était ample, paraissait contenir assez d'urine lorsque le calcul était engagé dans le col de l'organe. La pierre a été saisie plusieurs fois de suite, mais elle s'échappait lorsqu'on voulait presser les deux branches de l'instrument. Enfin elle a été écrasée d'un coup de marteau. On retire l'instrument, ses branches sont pleines de détritus. La malade n'a pas beaucoup souffert; elle est plongée dans un bain; rend quelques fragments avec les urines et est soumise à un traitement adoucissant. Aucune réaction n'a eu lieu les jours suivants.

La seconde séance a eu lieu le 25 avril. On injecte cette fois la vessie. On saisit et l'on écrase trois fois des fragments; l'instrument marque deux fois neuf lignes, une fois douze. Traitement *ut supra*. Pas de réaction malgré l'indocilité extrême du sujet.

A la troisième séance, on a employé un instrument, beaucoup plus court, du diamètre de quatre lignes, qui a bien pu passer par l'urètre. La saisie et l'écrasement des fragments ont été maintenant beaucoup plus faciles. On a continué de cette manière en ne faisant que des séances très-courtes à cause de l'indocilité de la malade. Le 7 mai cependant les souffrances avaient beaucoup diminué, et l'incontinence urinaire avait disparu.

Après la quatrième séance, la vessie a paru entièrement débarrassée de tous les fragments de la pierre. On a gardé la petite malade à l'hôpital jusqu'au 5 juillet. La commission, s'étant enfin assurée plusieurs fois de la guérison complète, fit décerner sur-le-champ à l'opérateur le prix proposé par la société.

Histoire d'une névrite dentaire grave, suivie de trismus et de tétanos ; guérison ; par M. Guastalla aîné, de Trieste.

Il est assez rare de voir des névralgies faciales ou dentaires s'exaspérer au point d'occasionner des convulsions tétaniques. Sous ce rapport l'observation suivante nous a paru digne d'être enregistrée dans nos annales.

Obs. — Madame A. R., veuve, âgée de 40 ans, de tempérament nervoso-excitable, habituellement sujette dès son enfance à des attaques convulsives, éprouvait souvent des odontalgies extrêmement vives, pour lesquelles il avait fallu lui extraire plusieurs dents. Les souffrances avaient dernièrement redoublé à l'occasion d'une carie à une molaire inférieure du côté droit que la malade avait essayé d'arracher avec ses doigts. A chaque tentative d'arrachement que la malade faisait les douleurs dentaires et faciales s'exaspéraient singulièrement; des mouvements convulsifs de tous les muscles de la face se joignirent bientôt à chaque irradiation douloureuse. Elle a eu alors recours à un dentiste qui a fait aisément l'extirpation de cette dent, mais les douleurs et les convulsions faciales ont persisté, elles ont même empiré et ont gagné consécutivement le côté gauche de la face, circonstance remarquable, car les névralgies faciales se bornent ordinairement à un seul côté de la figure, comme on sait. A chaque accès convulsif les traits de la physionomie étaient singulièrement altérés, et le teint du visage devenait presque cadavérique; la malade grinçait si fort qu'on entendait à quelques pas les frottements involontaires des mâchoires; on était obligé de lui mettre quelque corps dur entre les arcades dentaires, afin d'empêcher la langue d'en être blessée, ainsi que cela lui était déjà arrivé plusieurs fois.

La maladie ayant été jugée de nature inflammatoire (névrite), on l'a traitée en conséquence, mais sans succès; les évacuations sanguines générales et locales

n'empêchaient que passagèrement le retour des accès. Les extraits de jusquiame, d'aconite, de belladone, et même l'eau de laurier cerise, substances réputées antiphlogistiques par l'école italienne, ont été administrées intérieurement à très-fortes doses sans plus d'avantage.

Les douleurs étaient ensuite devenues très-vagues quoiqu'elles eussent leur départ de tel ou tel point de l'arcade alvéolaire. Soupçonnant que la cause pourrait résider dans quelques autres dents dont les racines étaient cariées, la malade les fit arracher successivement; elle fit même cautériser avec le fer rouge chaque alvéole, pour être sûre d'enlever tout principe irritatif des ramuscules des nerfs dentaires; mais les souffrances n'ont été calmées que pour peu de temps. L'opium et le musc ont été administrés sans plus de succès.

Après vingt-cinq jours de ces différentes médications, le mal prit un aspect beaucoup plus sérieux; il menace de se répandre sur le reste du corps. A chaque paroxisme la langue se gonfle et sort de la bouche pour deux à trois pouces; la malade éprouve un resserrement au larynx et au pharynx qui gêne la respiration et la déglutition; elle éprouve une sorte d'anxiété fatigante à voir; de la salive écumeuse sort de la bouche. Ces symptômes deviennent de plus en plus graves; la respiration est difficile et saccadée; les convulsions gagnent tout le corps et acquièrent le caractère tétanique; les muscles du tronc de l'abdomen et des membres se contractent tantôt successivement, tantôt à la fois. La durée de chaque accès est de trois à quatre heures; il se termine par le trismus le plus complet; les intermittences sont à peine d'une heure. On profitait de ces moments de calme pour faire prendre à la malade quelques aliments, des boissons ou des médicaments.

On est revenu aux évacuations sanguines générales, aux sangsues derrière les apophyses mastoïdes, à la nuque et au front; aux bains généraux soit simples, soit alcalins; aux lavements d'*assa fœtida* ou de valériane; aux rubéfiants; aux vésicatoires à la nuque et aux bras; aux remèdes narcotiques d'après la méthode endermique; le tout inutilement; la malade dépérissait de jour en jour.

Bientôt après une petite fièvre intermittente se déclare et s'associe aux symptômes précédents; ensuite un dévoiement indomptable a lieu; la malade touche déjà le troisième mois de souffrances incessantes, et l'on désespère de sa vie. Dans cet état de choses, M. Guastalla, qui la soignait, a l'idée de faire arracher, comme une dernière ressource, toutes les autres dents, saines ou malades; mais l'exécution de ce projet n'était pas facile à cause du retour fréquent des convulsions. Il s'entend avec M. Vitali, habile dentiste de Trieste, qui parvient dans les moments de calme, à extraire plusieurs dents par jour; enfin il en enlève jusqu'à vingt dont quelques-unes seulement étaient malades.

A mesure que cette évulsion dentaire avait lieu, les convulsions tétaniques devenaient de moins en moins fortes; enfin elles ont entièrement disparu six jours après la dernière opération. Le trismus lui-même et les convulsions faciales ont fini également par disparaître; mais l'odontalgie ou plutôt la névralgie bismaxillaire, restait encore. On a continué la médication antiphlogistique et adoucissante en même temps qu'on a visé à nourrir la malade et à relever un peu les forces de l'organisme. L'amélioration ne s'est pas fait attendre longtemps; les douleurs se sont petit à petit dissipées, et la malade est entrée en convalescence. La guérison complète a eu lieu. Deux rateliers artificiels remplacent les dents naturelles.

Cas remarquable d'anévrysme de l'aorte ventrale; guérison à l'aide de la méthode affaiblissante; par M. Edouard Linoti.

Les observations publiées d'anévrysmes de l'aorte abdominale sont en petit nombre comme on sait. Le diagnostic de ces tumeurs présente beaucoup d'obscurité; aussi ne saurait-on mieux faire, pour compléter leur histoire, que de multiplier la publication des faits de cette nature à mesure qu'ils s'offrent aux observateurs. Le cas suivant est recommandable sous plusieurs rapports.

Obs. — Angiolina Corbellini, paysanne de la Toscane, âgée de 23 ans, non mariée, de bonne constitution, douée des plus belles proportions physiques et d'un caractère très-irascible, s'était toujours bien portée jusqu'en 1833, lorsqu'elle éprouva tout à coup une douleur très vive et très-profonde dans le ventre en faisant un effort pour soulever un fardeau d'herbe. Elle s'aperçut plus tard d'une sorte de pulsation entre l'estomac et l'ombilic, qui devint de plus en plus forte et incommode; si elle mangeait un peu trop elle était obligée de tout vomir immédiatement; cela ne lui arrivait point si elle mangeait peu et souvent. Elle cacha entièrement son état à tout le monde même à ses parents. Elle continua à vivre à son ordinaire, et éprouva une suppression des règles pendant un mois à la suite d'une danse très-prolongée; puis elle fit une maladie inflammatoire dont elle fut traitée et guérie.

Dans le courant de la même année, l'état de la malade empira: les vomissements devinrent beaucoup plus fréquents et incommodes; la douleur abdominale s'aggrava; les battements prirent de l'étendue et de la force, surtout à l'épigastre; les pieds se gonflèrent. La malade fut alors obligée de déclarer son état, et de demander du secours. Les vomissements avaient lieu sans de grands efforts; la matière rendue n'offrait aucune altération, ni mélange d'aucun principe hétérogène; la malade pouvait reprendre des aliments dans un moment après.

A l'examen, M. Linoti trouve une tumeur pulsatile à la région épigastrique qu'il caractérise pour un anévrysme de l'aorte sous-diaphragmatique. La grosseur est circonscrite, de forme sphérique, pulsant d'autant plus vivement qu'on la comprime davantage; la malade est oppressée, se sent suffoquer et tombe en syncope lorsqu'on augmente la pression avec la main. En comprimant le ventre au-dessous de l'ombilic, la tumeur augmente de volume de même que la force de ses pulsations; la malade y éprouve comme un sentiment de déchirement et tombe promptement en syncope. Si l'on comprime fortement les artères brachiale, sous-claviculaires et carotides, les pulsations du cœur et de la tumeur augmentent; le volume de cette dernière s'accroît également, et la malade est menacée de suffocation. La douleur, qui était d'abord épigastrique, se fait ensuite sentir dans le dos, vers le point correspondant

de la colonne vertébrale, et s'étendant jusqu'à la région lombaire. L'auscultation immédiate sur la tumeur fait constater un bruit clair, une sorte de susurrus très-sonore.

La malade a été soumise à un traitement affaiblissant d'après la méthode de Valsalva. Diète sévère; des substances liquides pour aliment dont on diminue par degré la quantité; de l'eau pure pour boisson; position horizontale; repos parfait du corps et de l'esprit; une saignée tous les deux jours, de huit, six, quatre, deux onces de sang pendant les seize premiers jours (huit saignées en tout); digitale pourprée par bouche, tantôt en substance, tantôt en infusion, à dose progressive depuis douze grains jusqu'à un gros.

Le pouls est devenu d'abord intermittent, puis régulier, mais fort petit; le cœur est à peine senti à l'auscultation; prostration générale de la malade; pupilles très-dilatées; yeux étincelants. Les pulsations de la tumeur n'avaient diminué que fort peu, malgré que l'action du cœur et des artères fût presque éteinte. On suspend l'usage de la digitale. Deux jours après le pouls se relève, mais les pulsations anévrysmales restent les mêmes. On revient à la digitale; nouvel abattement du pouls; la tumeur commence à battre moins fortement; son volume diminue aussi sensiblement. Cette amélioration locale continue, elle est progressive. On répète la saignée une fois par mois à l'aide de sangsues à la vulve. Quelques grains de jusquiame étaient de temps en temps administrés pour procurer du sommeil; la malade a une insomnie continuelle. Purgatifs huileux et lavements laxatifs souvent répétés. On accorde des glaces pour aliment.

Après plusieurs mois de ce traitement la malade s'est trouvée dans les conditions les plus satisfaisantes; la tumeur a beaucoup diminué de volume, ses pulsations sont à peine sensibles. La malade a pu se lever le 24 avril 1834, et faire quelques pas dans sa chambre; elle continue à se lever tous les trois ou quatre jours. On augmente graduellement sa nourriture; digitale de temps en temps; réapparition des règles. Enfin elle se croit guérie et reprend par degrés sa manière de vivre habituelle; elle néglige bientôt tout conseil de prudence, se livre à des excès de régime et à des exercices corporels très-violents, lorsque, le 24 août de la même année, les symptômes de la maladie reparaissent comme auparavant; elle a de la fièvre; anxiété; menace de suffocation. Saignée de vingt onces. Mieux; mais la tumeur a repris son ancien volume et ses pulsations habituelles. Traitement affaiblissant *ut supra*. Les extrémités deviennent œdémateuses et froides; fièvre continue; alternatives de mieux et de pis.

Le volume de la tumeur augmente et s'élève en pointe entre l'épigastre et l'ombilic; ses pulsations sont visibles à l'œil nu, même à travers la chemise et le drap de la malade qu'elles soulèvent. On insiste sur le traitement, et principalement de l'usage de la digitale et de l'opium. Nouvelle amélioration progressive; disparition complète de la tumeur et des pulsations; convalescence. La malade se lève le 26 juin 1835 Guérison durable jusqu'à ce jour.

L'auteur de cette intéressante observation se livre à diverses considérations pour prouver l'exactitude de son diagnostic, qui a été, d'ailleurs, confirmé par plusieurs praticiens appelés en consultation. Pour compléter cependant les détails qui précèdent, il serait à désirer que le chirurgien ne perdît pas de vue la malade, et qu'il pût un jour faire connaître les résultats de l'autopsie cadavérique, car jusque là il restera toujours quelque incertitude sur le diagnostic. On sait, du reste, que cet exemple de guérison d'un anévrysme de l'aorte n'est pas le premier que l'art possède dans ses annales.

Observation de rétrécissement urétral, avec suppuration de la prostate et passage de la matière purulente dans le rectum; guérison; par M. Caïre.

La seule circonstance qui rende intéressante cette observation; est la suppuration de la prostate avec passage du pus dans le rectum.

Obs. — Il s'agit d'un homme de 41 ans, cordonnier, de bonne constitution, ayant eu plusieurs blennorrhagies et des rétentions urinaires. M. Caïre trouva un rétrécissement urétral qu'il traita et guérit par la cautérisation et par la dilatation. Quelques jours après, le malade fut saisi tout à coup d'une vive douleur à l'anus et au coccyx, avec fièvre de mauvais caractère et ténesme, ce qui avait bien pu dépendre de l'usage répété des sondes, que le malade introduisait lui-même de temps en temps. On combat cet état aigu, qui dure plusieurs jours, à l'aide d'un traitement antiphlogistique général et local. On comprit bientôt que le mal consistait dans une inflammation de la prostate. La nature de la fièvre avec frisson fit en même temps craindre la formation d'un abcès dans cette glande. C'est ce qui est arrivé effectivement: l'abcès s'ouvrit spontanément du côté du rectum; le pus coulait en partie par cet intestin, en partie par l'urètre; les urines se précipitaient d'abord dans l'intestin, et sortaient par l'anus. L'on craignit un instant, en conséquence, la formation d'une fistule urétro-rectale; mais, à mesure que le foyer purulent se dégorgeait, les urines reprenaient leur voie naturelle; les sondes en permanence dans l'urètre ont fini par détourner complètement le liquide, et la guérison a été parfaite. Le canal urétral est resté complètement libre.

Il est assez remarquable que les abcès de la prostate, qui étaient si fréquemment observés autrefois, soient devenus excessivement rares de nos jours. Est-ce parce que la thérapeutique des maladies des voies urinaires est mieux entendue de nos jours, et que les causes de ces suppurations ne trouvent plus la même facilité d'action?

Du spermatenfraxis, ou d'une maladie de l'épididyme consistant dans l'obstruction des canaux séminifères par l'épaississement du sperme; par M. Signoroin, professeur de clinique chirurgicale à Padoue.

Les anciens avaient décrit sous le nom de *spermatocèle* une sorte d'engorgement testiculaire occasionné par la rétention du sperme dans les vaisseaux de cet organe chez quelques personnes vouées à la chasteté. Cette opinion n'avait pas été admise par les modernes; aussi n'est-il plus question de cette maladie dans les livres récents de chirurgie. Schenkius, cependant, avait fait observer que cette cause pouvait réellement produire

la dilatation des canaux de l'épididyme, du conduit déférent et de la vésicule séminale, et constituer une maladie grave. M. Signoroni dit avoir constaté cinq fois par la dissection cette espèce d'engorgement, et il lui a donné le nom de *spermatenfraxis*. La maladie se présente sous la forme d'un squirrhe. Voici les points principaux de la description qu'il en donne.

Il s'agit d'un vice particulier de la partie excrétoire du testicule, savoir des cônes vasculaires de l'épididyme, du vaisseau déférent et de la vésicule séminale. Cette maladie est très-simple, elle consiste dans l'obstruction de ce système de vaisseaux excréteurs par suite de la congestion du sperme qui s'épaissit.

Une humeur glutineuse, cendrée, onctueuse, dense comme du suif animal remplit et obstrue les vaisseaux de cet appendice testiculaire. Cette matière est évidemment du sperme épaissi. Les vaisseaux qui le renferment, bien qu'un peu dilatés et épaissis, sont très-sains d'ailleurs. En comprimant l'épididyme coupé, on peut faire jaillir la matière en question, et vider les cônes vasculaires. La substance du testicule est parfaitement saine d'abord, elle s'hypertrophie pourtant à la longue, s'épaissit et s'endurcit par l'empiètement de l'engorgement spermatique; ensuite le testicule s'atrophie et s'endurcit. Vidus Vidius avait aussi constaté sur un moine très-continent mort d'une pleurite, les testicules atrophiés et durs, et les vaisseaux séminifères très-engorgés de sperme épaissi.

Cet état coexiste quelquefois à l'hydrocèle de la vaginale, et la maladie est caractérisée pour un hydro-sarcocèle. Dans les cinq cas que M. Signoroni cite, la nature du mal n'a été reconnue qu'après l'extirpation de la tumeur testiculaire. Il est à regretter que l'auteur omette complètement les détails des symptômes que ces malades avaient éprouvés dès le début de la maladie jusqu'au moment de l'opération, et les circonstances particulières des apparences extérieures de la tumeur.

On prévoit déjà que si les observations de M. Signoroni sont exactes, ce qui est, du reste, à vérifier, le pronostic et le traitement de certains engorgements testiculaires auraient gagné quelques données nouvelles assez importantes.

IL FILIATRE-SEBEZIO,

GIORNALE DELLE SCIENZE MEDICHE.

Les numéros des mois de novembre et décembre de ce journal sont presque entièrement consacrés au choléra de Naples. Une observation offre cependant quelque intérêt : nous allons la reproduire.

Urétrite chronique guérie par les injections d'extrait de ratanhia ; par M. Salvadore, médecin de la marine.

Obs. — M. N., âgé de 52 ans, de forte constitution, tempérament bilioso-sanguin, portait depuis trois ans un écoulement abondant par l'urètre qu'il avait contracté à la suite d'un coït impur. L'émission de l'urine cependant et les érections étaient libres. Plusieurs chirurgiens distingués l'avaient traité inutilement par une foule de remèdes divers ; on lui avait même fait subir un traitement mercuriel, et enfin le malade était tellement fatigué de tous ces moyens, qu'il avait pris la résolution de ne plus consulter personne. L'écoulement était toujours abondant, la matière en était jaunâtre et visqueuse, lorsqu'il fit part de son mal à M. Salvadore ; celui-ci lui promit de le guérir à l'aide des injections d'extrait de ratanhia, ainsi qu'il en avait déjà fait l'expérience sur d'autres malades. Il prescrivit donc un drachme et demi d'extrait de ratanhia dans quatre onces d'eau de rose, avec addition de trente gouttes de laudanum pour trois injections, une le matin, la seconde à midi et la troisième le soir. Le lendemain, l'écoulement avait entièrement disparu, et le malade ne se plaignait d'aucune chaleur dans l'urètre ; néanmoins pour en assurer la cure le chirurgien a fait deux injections par jour, puis une seule pendant une semaine. La guérison a été durable.

Il n'y a peut-être pas de pays où l'on rencontre aussi souvent les écoulements chroniques de l'urètre chez l'homme, qu'à Naples ; c'est ce que le peuple appelle *la goccetta* (la gouttelette), et pourtant les rétrécissements urétraux ne sont pas, en proportion, aussi fréquents dans ce pays qu'ils devraient l'être. Le premier fait résulte probablement de l'incurie de la plupart des malades, qui se soucient fort peu de se faire traiter; le second n'est pas très-facile à expliquer. Il est cependant assez remarquable que les phlogoses catarrhales chroniques de la vessie ne résistent pas longtemps en général à l'influence du climat chaud de ce pays, tandis que celles de l'urètre se perpétuent au contraire indéfiniment.

Observation sur un cas de folie, guérie à l'aide des affusions d'eau glacée sur la tête et des bains dits de surprise ; par M. Cubiciotto.

Obs. — Un homme, âgé de 48 ans, de bonne constitution, tempérament phlegmatique, a été saisi, le 7 août dernier, d'une vive cardialgie et de paralysie générale. On le traite en conséquence et il paraît aller mieux jusqu'au 21 du même mois, lorsque la scène se change tout à coup il devient furieux au point que trois hommes robustes peuvent à peine le tenir ; il sort de son lit ; crie continuellement ; brise les liens de la camisole de force ; mord tous ceux qui s'approchent ; tient la langue dehors ; les yeux sont brillants et fixes ; le visage est animé et exprime la colère. On pratique trois saignées générales ; on applique des sangsues à la base du crâne ; et on le plonge plusieurs fois dans le bain à surprise. Peu d'amélioration. Le malade urine une fois par vingt-quatre heures. Sa famille s'était déjà décidée à le faire entrer dans une maison de fous, lorsque son médecin s'est avisé de le faire doucher. On prépare donc un appareil approprié, et lorsque le malade reste dans le bain on fait tomber sur sa tête un filet d'eau glacée, de la hauteur de quatre pieds, pendant deux heures à chaque fois.

Après dix jours de ce traitement une amélioration très-remarquable avait déjà eu lieu. L'esprit est revenu à l'état normal et la convalescence s'est bientôt déclarée. Deux abcès se sont formés ensuite à l'avant-bras et à la main. Enfin le malade a fini par se rétablir complétement.

On a, en vérité, de la peine à comprendre ce passage brusque du malade de la paralysie générale à l'état de gesticulation furieuse et indomptable, à moins d'admettre qu'une simple congestion encéphalique sans extravasation sanguine suffise pour produire le premier phénomène. On sait effectivement que la mort subite ne reconnaît quelquefois d'autre cause que cette dernière circonstance. Nous avons rapporté dernièrement un fait de cette espèce tiré de la clinique de M. Lisfranc; mais en est-il de même d'une paralysie qui a duré plusieurs jours comme chez le malade dont il s'agit? Quant aux bains de surprise et à la douche céphalique d'eau froide, on sait qu'ils ne sont plus en usage de nos jours; la raison, en effet, les réprouve complétement, et le succès obtenu dans le cas précédent est loin d'être concluant en leur faveur.

(*Osservatore medico.*)

Lettre au sujet des querelles des médecins homœopathes et allopathes entre eux, adressée à M. le rédacteur du Journal LA BIBLIOTHÈQUE DE LECTURE de Saint-Pétersbourg.

(Article traduit et communiqué par M. le Dr STURMER, de Varsovie, à la rédaction de l'Encyclographie.)

J'ai lu dernièrement, Monsieur, dans votre journal si généralement connu et estimé du public, un article, dont l'auteur est M. S...., et où ce critique sévère avec sa verve d'esprit habituelle a tourné en dérision les querelles des médecins entre eux. Il n'est malheureusement que trop vrai, cette pomme de discorde qui nous sépare, ce manque d'union qui commence au chevet du lit solitaire du malade, semblable à la sombre Némésis, se répand dans tous nos ouvrages, nos journaux, nos institutions, dans toute notre science et dans tous les rapports de nos malades. C'est véritablement une apparition tragique dans notre civilisation médicale actuelle. Je suis toutefois convaincu, Monsieur, que vous ne m'en voudrez aucunement que, comme médecin, je repousse dans cette occasion le jugement du dit sieur S.... Le critique renommé est puissant de corps et d'âme. Un bon mot, une saillie ne lui coûtent rien, et il s'attire facilement les acclamations de la foule ignorante, mais il reste cependant ce sérieux amer, cette vérité palpable, ce besoin et cette anxiété des malades, dont des milliers, pour lesquels cette discorde des médecins devient nuisible, ne feront pas certainement de bons mots à l'exemple du sieur S.... Ce n'est qu'à nous médecins qu'il convient de nous prononcer d'une manière valable sur un objet aussi important, à nous, qui nous sentons chaque jour, chaque heure, pénétrés par la douleur de nos propres faiblesses et l'impuissance de notre art; nous, qui devons faire des essais continuels sur la vie de nos malades, sur le bonheur de familles entières et le bien physique et intellectuel de classes entières d'hommes, qui devons faire des expériences au prix de notre propre tranquillité et du bonheur de notre vie. Néanmoins nous sommes souvent comme le voyageur de la fable, inquiets, devant le sphynx, retenu par les énigmes que la vie et la science nous proposent. Je le répète, ceux qui n'appartiennent pas à notre art, ne doivent nullement aborder cette question, et n'ont qu'à nous chasser de l'Europe civilisée, ou à nous prendre tels que nous sommes. Est-il possible qu'il en soit autrement? Tant que nous médecins, nous naîtrons avec une constitution différente, des qualités physiques et intellectuelles variées, un tempérament divers, que l'éducation de notre jeunesse variera, que nous serons imbus des différentes idées inspirées par les différents professeurs de diverses académies, que la vie sociale donnera à notre être moral des tendances opposées, que les lois de l'organisation humaine ne seront pas entièrement découvertes, que la vertu des médicaments ne sera pas totalement dévoilée, que les hommes seront exposés à des centaines de maladies occasionnées par des influences contraires, en un mot, que nous médecins serons des hommes soumis à nos sens et à nos passions, je le répète, Monsieur, nous élèverons des théories et des systèmes divers, et nos observations de même que nos opinions ne pourront que différer. Chacun parle de l'influence de notre art sur l'homme et sur la vie, et personne ne s'occupe de l'influence des hommes et de la vie sur la médecine. Celle-ci renferme sans contredit des vérités lucides, et comme vérité, elle est grande et simple. De même que la lumière du soleil absorbée par les objets terrestres se reflète sous différentes couleurs, notre art, comme je l'ai déjà dit a également des reflets différents chez les médecins et le public. La médecine est souvent pour le peuple ce qu'est chaque article de foi, ce qu'est la religion. Quelle religion est assez parfaite pour pouvoir convenir à tout homme, à chaque degré de civilisation, à tout peuple, à tout climat, à chaque partie du monde? On prend à juste titre la religion chrétienne pour cet idéal, mais qu'ont fait les hommes de ce don divin? Que de sectes chrétiennes n'ont pas existées se persécutant et se condamnant les unes les autres, et qui encore aujourd'hui se considèrent avec la même intolérance! Cependant il n'y a qu'une seule religion pour tous les peuples, un seul Dieu que les européens, les bonses et les hurons adorent! Dans la civilisation progressive des peuples, il est même manifeste que les divers schismes abandonnent de plus en plus leur système d'exclusion, ne se condamnent plus mutuellement et se soumettent volontiers à une harmonie générale. Ainsi notre art. Nous avons des expériences en médecine qui datent des temps les plus reculés. Nous avons fait des découvertes et obtenu des résultats positifs, que ni scepticisme, ni ironie, ni pouvoir terrestre ne peuvent nous enlever. Les trésors mêmes de notre art bien employés sont si bienfaisants pour les malades, ils sont une source si intarrissable pour notre propre bonheur, que nous considérons avec raison notre profession comme une espèce de religion, qui nous sert de point de ralliement pour la tolérance, le dévouement et l'amour de l'humanité. Mais bien que de siècle en siècle, nous construisions pierre à pierre cet édifice gigantesque, bien qu'animés de la foi la plus sincère, nous travaillions à cette grande œuvre, de longtemps encore notre art ne parviendra pas à cette perfection qui puisse le mettre à l'abri d'une quantité de controverses scientifiques, d'éclaircissements, de polémique et de théories, ni le rendre suffisant pour chaque médecin, et salutaire pour chaque malade; longtemps encore ce temple restera inachevé, et nous, travailleurs infortunés, nous ne succombons que trop souvent à nos propres faiblesses humaines, à l'humeur du malade, aux caprices du public et au blâme du critique moqueur. Vous avez certainement lu, Monsieur, la biographie du célèbre artiste Michel-Ange. Cet homme durant sa vie fut en butte à des longues et pénibles persécutions engendrées par ses ennemis et la violence de son caractère. Souvent ses chefs-d'œuvre eurent besoin de sentinelles pour être protégées contre les attaques du peuple. La statue du pape Jules II fut brisée par la multitude furieuse de Bologne, et la confection du tombeau de ce pape, remplit d'amertume les meilleurs instants de la vie de Michel-Ange. Les parents de Jules l'accusèrent de dissipation et d'improbité. Deux fois il fut sur la liste des proscriptions; après la chute de sa ville natale, il fut contraint de rester longtemps caché, et même après sa mort, la mer envieuse engloutit les esquisses qu'il avait faites pour la célèbre DIVINA COMEDIA de Dante. Néanmoins il n'est que trop reconnu maintenant que Michel-Ange a consacré sa vie entière aux beaux-arts, qu'il a été un noble génie, dont nous admirons la grandeur gigantesque. De plus Michel-Ange eut, en construisant la cathédrale de Saint-Pierre, des différents avec l'archi-

tecte Bramante et le peintre Raphaël. Les historiens nous citent plusieurs exemples, où les contestateurs se sont souvent éloignés des bornes de l'étiquette, il arriva même à Bandinelli de déchirer les cartons de la guerre de Pisa de Michel-Ange, et cependant ce grand artiste créa le jugement dernier, les tombeaux des Médicis et la coupole de Saint-Pierre; l'église de Saint-Pierre même, cette merveille de la foi chrétienne, sortit des mains créatrices de ces grands artistes, et la postérité reste émerveillée et inspirée à la vue des travaux immortels de ces hommes. L'application de mon exemple est facile, et croyez-moi, Monsieur, l'église de Saint-Pierre, les chefs-d œuvre imposants de cette époque auraient apparu sans les Michel-Ange, les Bramante, les Raphaël, car c'est une sublime providence, le temps qui crée les circonstances et les hommes avec leurs faiblesses et leurs grandeurs, et non pas les hommes qui disposent de la marche des temps. Cet exemple est applicable à notre question ainsi qu'à chaque branche des sciences empiriques de la vie sociale, il sert de consolation au sceptique et d'encouragement à quiconque croit à une puissance morale et à la perfectibilité du genre humain. Le scepticisme et le demi-savoir des personnes mal-informées, la facilité avec laquelle ces dernières séduisent les ignorants, voilà le cancer qui ronge la moelle de notre civilisation actuelle. Parce que nous rassemblons légèrement en une année nos expériences, que quelques années d'études passagères nous suffisent, que notre vie ressemble à un songe volage de quelques dizaines d'années, que le temps depuis des siècles immémoriaux nous échappe continuellement, nous nous doutons par conséquent trop aisément de tout ce qu'il y a de constant, de positif et d'éternel; parce que les médecins se querellent journellement dans leurs consultations près du lit de leurs malades, que des centaines de médecins s'appellent homœopathes, d'autres allopathes, qu'ils s'adressent publiquement les choses les plus ridicules, commettent réciproquement les plus grandes absurdités; il en résulte que nous sommes trop facilement portés à croire que cela a toujours été, et que cela sera toujours ainsi. Non, Monsieur, de tout temps il y a eu de bons médecins, et il y en aura toujours, qui, s'attachant fidèlement aux expériences que leur ont léguées leurs prédécesseurs, aspirant au nouveau d'une manière sensée et précise, qui, également éloignés d'une stabilité désolante et de toute passion funeste pour d'inutiles innovations et de vaines hypothèses, ne sont inspirés que de l'idée de panser d'une main légère les plaies de l'humanité souffrante, qui apaisent les douleurs avec un cœur sensible, s'efforcent de profiter des erreurs de leurs collègues mêmes pour le bien de leurs malades, et qui en un mot prennent à tâche, comme esprits conciliateurs, d'aplanir toute contradiction. Veuillez, Monsieur, insérer l'article ci-joint dans votre journal, il a rapport aux contestations des homœopathes et des allopathes critiqués par vous. Je vous recommande aussi dans votre intérêt de communiquer cette lettre au public, car autrement l'observateur paisible aurait le droit de penser, qu'animé d'une vengeance particulière contre un seul individu, vous avez jeté des ridicules sur toute notre profession, que votre intention était de laisser le public ignorer ce qui est d'une si haute importance pour ses intérêts, et que vous avez voulu déprécier la médecine en lui en donnant une si fausse opinion. Ce que, je suppose, n'a nullement été votre but.

Le docteur Théodore Sturmer.

—

Dans notre prochain numéro nous insérerons la traduction d'une lettre adressée par M. Sturmer au professeur Dieffenbach à Berlin, au sujet d'un prix proposé par la Société de Saint-Pétersbourg sur l'homœopathie, et qui fait suite à l'article qu'on vient de lire.

(*Note de la rédaction de l'Encycl.*)

BIBLIOGRAPHIE GÉNÉRALE.

Du cancer de la matrice; par M. Téallier. Mémoire couronné par la Société de Médecine de Lyon. Paris, 1836, in-8°.

Voilà deux fois, en peu de temps, que M. Téallier est couronné, à la Société de Médecine de Toulouse d'abord, pour son mémoire sur le tartre stibié, et tout récemment à la Société de Médecine de Lyon, pour le mémoire qui fait le sujet de cet article.

Ce double succès est assurément l'indice d'un esprit juste, d'un mérite réel; mais l'unanimité des suffrages dans la question du cancer de la matrice, ne peut être que la récompense d'une découverte précieuse, d'un traitement efficace contre une maladie qui jusqu'à présent s'est jouée de tous les moyens qu'on lui a opposés. La Société de Médecine de Lyon n'a pu mettre au premier rang que le travail qui aura proclamé les résultats heureux des méthodes nouvelles si souvent expérimentées depuis quelque temps, et qui ont été si souvent aussi le sujet d'articles de journaux et de discussions académiques. Il n'en est rien, et la palme a été accordée au mémoire le plus désespérant, à celui qui contient le moins d'idées neuves, qui nous ramène aux anciennes théories; à celui qui confesse, sans hésiter, l'incurabilité de la maladie, lorsque le problème était d'en trouver le remède.

Si cette décision surprend quelques lecteurs, il en est d'autres qui trouveront qu'elle fait honneur au jury aussi bien qu'au concurrent. Ce n'est la faute ni de l'un ni de l'autre si les choses sont telles qu'elles ont été démontrées. Si, par un examen approfondi des faits, si par un raisonnement juste et suivi, M. Téallier a prouvé la justesse de l'opinion qui considère le cancer comme dépendant d'une cause intérieure; s'il a prouvé aussi que les guérisons sur lesquelles on s'appuie pour vanter certaines médications, ne portent point sur des cancers, mais sur des maladies qui les simulent; c'est avoir rendu un service à la science que d'avoir rajeuni une idée vieillie, quand sur elle reposent des principes opposés à ceux que des idées nouvelles voudraient établir. La vérité, telle quelle, on ne peut rien exiger de plus, et il y a certain mérite à la dire, quand elle est en opposition avec les idées du jour.

Le mémoire de M. Téallier n'est point une réponse sèche à la question proposée. L'auteur a voulu que son travail présentât, avec les développements convenables, tout ce qui a rapport à la maladie dont il avait à traiter. On y trouvera donc, avec la description de la matrice, toutes les théories sur le cancer, la description de la maladie, son diagnostic différentiel, et toutes les médications locales et générales proposées, rejetées, et celles qu'il conseille.

Dans des considérations générales qui sont comme la profession de foi de l'auteur, on verra par quelles preuves il arrive à démontrer la différence complète qui sépare les inflammations chroniques et les affections cancéreuses; et on sera surpris de voir les hommes les plus remarquables dans la science se torturer l'esprit pour soutenir une opinion que les faits détruisent: on apprendra, en même temps, combien toutes les ressources de l'intelligence sont impuissantes contre la vérité.

Est-il possible, en effet, d'attribuer le cancer à des causes extérieures, quand on veut apprécier, sans prévention, les circonstances dans lesquelles il se développe, et l'inefficacité des causes physiques les plus graves pour le produire? Pourrait-on conserver quelques doutes, à cet égard, quand on a vu si souvent les organes pour lesquels il a une si funeste prédilection, soumis aux plus rudes violences, sans autres conséquences que celles d'une contusion? qui de nous, en effet, n'a pas vu, mille fois, les seins meurtris, déchirés, ou criblés d'abcès, sans qu'il se développât d'affection cancéreuse? Cette heureuse terminaison des inflammations du sein est connue depuis bien longtemps. Cette observation n'avait point échappé à Fabrice de Hilden.

Si la repullulation du cancer à la place même où il a été enlevé alors que tout l'organe où il avait son siége a été détruit, par le fer, par le feu, ou par les caustiques, n'était pas une démonstration suffisante de sa cause profonde, pourrait-on la méconnaître, quand poursuivi de proche en proche, dans la peau, dans les chairs, dans les os, obligé en quelque façon, de fuir devant l'instrument, on le voit s'en prendre aux organes intérieurs et exercer sur eux les mêmes ravages que sur ceux que nous avons enlevés? Comment croire qu'il n'y a là qu'une répétition de phlegmasie du dehors en dedans? mais quelle est donc cette phlegmasie si différente de toutes les autres dans ses causes, dans sa marche, dans son opiniâtreté, dans son retour et dans sa résistance aux moyens qui triomphent si souvent des autres? pourquoi donc les assimiler si elles diffèrent tant? pourquoi les confondre quand elles sont si dissemblables?

Mais est-il besoin encore de combattre cette théorie? n'est-elle pas jugée négativement par les expériences qui avaient pour but de l'établir? Assez de sangsues ont réduit à leurs plus petites dimensions, en maigrissant tous les tissus, les organes gonflés par la matière cancéreuse, sans entraver la marche de la maladie, pour qu'il ne soit plus permis de considérer les émissions sanguines comme le moyen curatif des affections cancéreuses. Assez de fois aussi, la compression, en tassant les organes, a donné de trompeuses espérances, pour qu'on soit autorisé à ne plus compter sur un moyen mécanique, quand il s'agit de détruire une cause intérieure, ce *vis à tergo* qui déborde d'un autre côté, ou retourne en dedans, quand on croit l'avoir vaincue.

En un mot, le traitement local du cancer ne peut avoir quelque fondement qu'en considérant la maladie comme locale aussi. Telle est la manière de voir de quelques médecins. — Telle n'est point celle de M. Téallier; il ne balance point à considérer le cancer, quelle que soit la forme sous laquelle il se manifeste, comme le résultat d'une cause intérieure, et pour répondre à ceux qui veulent soutenir l'opinion opposée, en apportant

à l'appui l'état général qui succède aux cancers arrivés à leur dernière période, M. Téallier fait une distinction qui répond à tout, c'est que la *cachexie* cancéreuse qui *succède* à la maladie n'est qu'un résultat commun à d'autres maladies, tandis que la *diathèse* qui la précède est une disposition primitive et particulière qui la précède.

Quand une maladie se développe à peu près constamment dans des circonstances semblables, quand elle appartient presque exclusivement à certaines constitutions, on peut assigner ses causes, ou annoncer son développement avec quelque probabilité, et par conséquent le prévenir quelquefois; mais où trouver ses éléments quand on la voit se manifester dans les conditions les plus opposées; quand les causes physiques les plus actives, les plus longtemps prolongées restent sans efficacité pour la produire; cette seule considération doit faire chercher les causes du cancer ailleurs que dans celles qui agissent localement. M. Téallier qui a voulu faire un ouvrage consciencieux a visité les hôpitaux et les maisons de détention où sont accumulées les femmes dont les excès en certains genres paraissent propres à développer la maladie qui fait le sujet de son travail. Il lui a été presque pénible de reconnaître que le vice n'attire pas sur lui la maladie qui semblerait en être une juste conséquence. — Les cancers de la matrice ne sont point plus fréquents chez les femmes de mauvaise vie que chez les autres.—On voudrait ne point dire qu'il les a trouvés moins fréquents; et on éprouve presque de la satisfaction à trouver la cause de cette différence pénible dans l'âge des femmes que ces maisons renferment.

C'est donc dans la constitution, dans l'hérédité, dans les circonstances hygiéniques qu'il faut saisir les causes prédisposantes ou actives de cette terrible maladie. Hé bien! ici tout n'est encore qu'obscurité et contradiction. Ne voyons-nous pas tous les jours les femmes les plus remarquables par leur belle santé, porter déjà un cancer du sein ou de la matrice qui doit bientôt les conduire à la mort, quand tout annonçait encore dans leur constitution une longue existence? Malgré cette appréciation difficile. M. Téallier cherche à rassembler tous les caractères de l'organisation, toutes les positions de la vie, toutes les causes morales et physiques qui peuvent prédisposer aux affections cancéreuses. On ne peut que rendre justice théoriquement à ces considérations, mais nous ne pouvons que répéter ce que nous avons dit sur ce qu'elles ont d'incertain et de trompeur. Cette dernière réflexion, que tous les médecins ont trop souvent occasion de faire, m'est renouvelée immédiatement par l'exemple que j'ai sous les yeux à l'instant où j'écris ces lignes. Je viens d'examiner une jeune femme de 28 ans, dont l'air riant, la fraîcheur et la bonne santé générale m'ont trompé au premier aspect sur la nature de la maladie pour laquelle elle venait me consulter. —Je crus, après ses premières paroles, à ces inflammations chroniques et limitées de la matrice, qui ne portent point atteinte à la constitution, et j'ai trouvé un cancer fongueux qui remplissait tout le col de l'utérus et avait déjà détruit une partie de la lèvre postérieure. — J'ai retiré le spéculum rempli de fongosités mollasses et puantes qui ressemblent à un placenta putréfié.

Si le médecin ne peut pas toujours remonter aux causes des maladies, il lui est toujours possible d'étudier leurs symptômes, leur marche et leur terminaison. Cette tâche a été remplie parfaitement par M. Téallier; il a mis également un soin particulier à établir le diagnostic différentiel des affections cancéreuses et de celles qui les simulent. C'est dans ces cas qu'un traitement actif et bien entendu conduit à des résultats heureux et quelquefois innattendus; mais c'est dans ces cas aussi qu'on s'est laissé aller à l'illusion d'avoir guéri des cancers, tandis qu'on n'avait guéri que des inflammations.

Quand on convient, quand on proclame qu'une maladie est incurable, on doit se trouver dans une position pénible en face des malades qui réclament avec instance et courage une opération dans laquelle ils mettent tout leur salut. Refuser, c'est leur apprendre une incurabilité désespérante; accéder à leur désir, c'est agir contre sa conviction. Celle de M. Téallier n'est pas douteuse, et peut-être, sous ce rapport, ses principes thérapeutiques ne sont-ils pas dans une harmonie parfaite avec ses théories. Nous reviendrons sur ce point dans un instant, en émettant quelques idées sur l'influence que la marche des maladies cancéreuses doit avoir dans la détermination de recourir ou non à l'opération. Commençons par dire que M. Téallier a passé en revue avec une attention scrupuleuse tous les modes de traitement proposés contre le cancer, qu'il a suivi les tentatives hardies de M. Récamier; qu'il insiste, avec un soin particulier, sur les complications inflammatoires qui surviennent dans le cours de la maladie, et sur les résultats heureux des saignées locales dans les phlegmasies chroniques de la matrice. Il se loue beaucoup de l'application de sangsues sur le col, tandis que la plupart des médecins y ont renoncé. Malgré les effets avantageux que j'en ai moi-même retirés, j'y ai recours moins souvent depuis deux faits dont j'ai été témoin. Deux fois, en effet, à quelques jours de distance, j'ai vu des accidents d'apparence effrayante succéder immédiatement à ce moyen, si peu douloureux en général, que les femmes ne sentent même pas la piqûre. C'était sur des malades qui avaient déjà subi plusieurs fois cette légère opération sans en être indisposées. Toutes deux furent prises immédiatement de douleurs atroces dans les aines, de vomissements et de lipothymies. Les accidents durèrent plusieurs heures et se dissipèrent pendant l'usage d'applications chaudes et calmantes sur l'abdomen. Je suis encore à chercher la cause de cette singularité dont je ne connais point d'autre exemple. C'était au mois de mai. Est-ce qu'à cette époque de l'année les sangsues auraient dans leurs piqûres quelque chose de particulier? Je n'ai point abandonné ce moyen, cependant; et dans quelques inflammations chroniques de la matrice, avec faiblesse générale, il trouve une heureuse application. Revenons au traitement du cancer de la matrice.

M. Récamier est convaincu que le cancer est primitivement local. M. Téallier croit le contraire. Il est naturel que M. Récamier propose et entreprenne l'opération presque dans tous les cas. Il était naturel aussi que M. Téallier eût une opinion toute contraire. Cependant il conseille aussi d'opérer, et il fonde les chances heureuses de l'opération sur l'époque à laquelle on la pratique, la plus rapprochée possible du commencement de la maladie. C'est, du reste, l'opinion de la plupart des médecins. Mais si on admet que le développement d'une tumeur cancéreuse n'est que la manifestation d'une cause profonde, on ne peut plus admettre

que l'ablation de cette tumeur, à sa première apparition, puisse agir en rien sur cette cause interne ; on peut, tout au plus, aller au-devant de la cachexie cancéreuse, mais on ne porte aucune atteinte à la diathèse. Mais la cachexie n'est qu'un résultat consécutif et lent. A quoi donc peut conduire tant d'empressement à enlever l'extrémité d'un mal dont la racine reste et pousse toujours sans être accessible à nos moyens d'ablation ?

Dans plusieurs articles publiés il y a déjà longtemps, j'ai émis sur l'époque à laquelle il me paraissait le plus convenable d'enlever le cancer, des idées qui ne sont point celles admises généralement. On a, sans doute, trouvé singulier qu'on proposât de donner à un mal le temps de s'accroître avant de penser à en délivrer le malade. Sous le rapport du manuel opératoire, on a raison ; sous le rapport de la récidive, la question a besoin d'être examinée.

N'est-il pas des maladies qui, toutes générales qu'elles sont, ne se manifestent cependant que par des désordres locaux et concentrés dans certaines limites extérieures ? N'arrive-t-il pas aussi que les désordres locaux déterminent dans les parties qui en sont le siége, des altérations de tissu qui persistent, alors même que la cause générale a disparu, et nécessitent l'ablation de cette partie, soit parce qu'elle ne peut revenir à son état naturel, soit parce qu'elle exerce sur le reste de l'économie une influence dangereuse ? Cette ablation n'offre-t-elle pas d'autant plus de chances de succès, qu'on s'éloigne davantage du début de la maladie, soit parce qu'on a eu plus de temps pour combattre la cause générale qui a donné naissance à l'affection locale, soit que par elle-même cette cause générale, cette diathèse, si l'on veut, tende à s'affaiblir et à disparaître ? C'est là sans doute que réside toute la difficulté. — C'est ici qu'on trouvera une objection qui paraîtra péremptoire contre la théorie que je veux établir. On ne manquera pas d'objecter, en effet, que l'expectation est inutile dans les maladies cancéreuses, quand on la fonde sur l'espoir de voir la diathèse qui la produit s'user avec le temps, puisque son principal caractère, celui qu'on fait toujours entrer dans sa définition, c'est sa marche incessante, ses progrès sans relâche jusqu'à la destruction de l'individu. Voilà précisément aussi le point sur lequel je veux m'arrêter, en demandant s'il n'est pas des cancers qui restent stationnaires pendant de longues années, et jusqu'à la mort du malade amenée par d'autres causes ; en demandant s'il en eût été de même si on les eût opérés ? La réponse précise à cette dernière question sera toujours difficile, parce qu'on pourra toujours dire qu'on ne sait point ce qui serait arrivé quelque temps plus tard, si on eût abandonné ces cancers à eux-mêmes. Mais on peut faire des calculs sur des faits accomplis, sur des faits qui n'offrent plus cette ambiguité. On peut caculer si les tumeurs cancéreuses anciennes et ulcérées qu'on enlève sont plus sujettes à récidives que celles qui ne font que commencer et qui ne présentent encore aucune altération dans les tissus qui les recouvrent. Un chiffre exact sur ce point serait de la plus haute importance, s'il était fondé sur un grand nombre de faits. En attendant que je puisse le présenter avec cette condition, j'engage ceux qui ont enlevé beaucoup de cancers et qui ont pu suivre les malades longtemps après, à se rappeler dans quels cas la récidive a été plus fréquente. Qu'on lise attentivement les observations recueillies dans des pays différents, et l'on verra si le nombre des cures définitives obtenues par l'opération n'est pas plus grand quand on a eu affaire à des maladies anciennes, qu'en enlevant celles qui ne faisaient que poindre en quelque façon. Dans les faits qui appartiennent à M. Récamier, n'est-il pas remarquable que les malades chez lesquelles la désorganisation était portée au comble, ont guéri plutôt que d'autres qu'on jugeait dans des conditions bien moins défavorables ? Les moyens d'ablation ou de compression ont-ils pu avoir quelque influence sur ce résultat ultérieur à l'opération ? Mais qu'importe que le fer, le feu ou le caustique séparent du reste du corps une partie malade, si les fluides viciés qui l'empreignent viennent de plus haut ? Que sous le rapport de la douleur on cherche à modifier les procédés opératoires, je le comprends ; mais qu'on prétende, par eux, exercer quelque influence sur les suites d'une maladie cancéreuse, je ne le comprends plus, à moins, je le répète, qu'on croie avoir à combattre une maladie locale dans laquelle les tissus sont différemment affectés par des médications différentes qui les atteignent. Mais, il faut le répéter aussi, pourquoi une maladie locale enlevée ou détruite par un moyen quelconque, reparaît-elle dans des parties éloignées, dans des organes profonds ? Une loupe enkystée ou graisseuse se reproduit-elle ainsi ?

Une autre remarque importante dans la marche des cancers, c'est qu'il en est qui, après avoir repullulé trois ou quatre fois à la suite d'opérations bien faites, finissent par ne plus reparaître. Doit-on attribuer à l'opération ainsi répétée cet heureux résultat ? l'eût-on obtenu de même, en ne pratiquant que la dernière après un espace de temps semblable ? On voit qu'à cette question s'en rattachent d'autres qui demanderaient une plus longue discussion que ne le comporte une simple analyse.

Toutes les considérations auxquelles nous venons de nous livrer, nous conduisent à adresser à M. Téallier quelques réflexions critiques sur le conseil qu'il donne d'enlever le plus promptement possible les tumeurs cancéreuses, quand il est convaincu que la maladie est intérieure, générale, et qu'elle doit repulluler. Pour nous, l'ancienneté de la maladie, la suppuration abondante ou fétide, les hémorrhagies, l'imminence de la cachexie, les vives douleurs, sont des raisons qui compensent l'obligation pénible de faire souffrir les malades avec un espoir si souvent trompé de les guérir définitivement.

Malgré cette dissidence sur l'opportunité de l'ablation des tumeurs cancéreuses, nous ne considérons pas moins le mémoire de M. Téallier comme un ouvrage remarquable par la franchise de ses opinions, par ses discussions lumineuses, par la distinction qu'il a établie entre des maladies souvent confondues, et enfin par l'exposé exact de l'état actuel de la science. D'ailleurs, nous pouvons ajouter que le conseil donné par l'auteur n'est pas le résultat d'une conviction fondée sur des faits bien positifs, et qu'il le verra combattre sans regret, puisque ce sera donner plus de poids encore à l'idée principale qui domine tout son travail.

HERVEZ DE CHÉGOIN.

(*Archiv. de méd.*)

Du Démon de Socrate, specimen d'une application de la science psychologique à celle de l'histoire; par F. Lélut, médecin-surveillant de la division des aliénés à l'hospice de Bicêtre, et médecin-adjoint de la prison.

Les hommes qui ne croient pas aux communications avec les esprits, ont expliqué le démon de Socrate de trois manières différentes. Les uns ont vu dans cette histoire un langage figuré, quelque chose de métaphysique et de *transcendental*, que nous mentionnons sans y attacher autrement d'importance. D'autres n'ont pas craint d'accuser de fourberie, sinon le philosophe grec, au moins ses disciples; enfin il en est qui ont cru trouver dans le récit de Platon, la preuve que Socrate était atteint de ce genre de folie appelée de nos jours hallucination. M. Lélut s'est attaché à la dernière opinion, et il la justifie de la manière suivante.

Nourri de cette érudition substantielle sans laquelle on ne saurait traiter à fond aucune espèce de sujet, il trace, avec beaucoup de détails et une grande exactitude, l'histoire anecdotique de Socrate, depuis son enfance jusques à sa mort. Il fait ressortir, avec une grande habileté, les singularités de caractère, si nombreuses chez le célèbre Grec dont il donne une biographie *intime* des plus complètes. Puis il présente un tableau fidèle des opinions religieuses de son époque, montre combien elles dominaient les masses, y compris les philosophes. Il en conclut que Socrate devait, comme les autres, croire au pouvoir des génies; et pensant, d'après cela, l'avoir mis, ainsi que Platon, à l'abri de tout soupçon de fourberie ou de mensonge, il finit par ne voir dans le plus sage des hommes qu'un pauvre halluciné.

La première chose à faire dans l'examen de cette supposition, est de se demander quelle confiance on doit accorder aux récits dont se compose l'histoire de Socrate? Or, voici la réponse :

A part quelques faits de détails assez insignifians transmis par Xénophon, qui, suivant l'aveu de M. Lélut (p. 127), «a écrit d'imagination et d'après des récits seulement», tout le reste nous vient de Platon. Mais, en bonne conscience, qui pourrait, de nos jours, prendre au sérieux les paroles de Platon? Il faudrait, pour cela, ignorer qu'aucune des idées politiques qu'il a si complaisamment développées dans sa bizarre République, n'a pu recevoir la moindre application depuis plus de deux mille ans : il faudrait n'avoir jamais lu son système sur la cosmogonie, les génies, les démons, les idées innées, lequel, pour l'absurdité, ne le cède à aucun de ceux de l'Inde dont il vient peut-être; il faudrait fermer les yeux sur son extravagante théorie du délire mystique inspiré par les Dieux (p. 225 et suiv.); enfin il faudrait surtout ne pas savoir qu'une fois entré dans un système de déception, on s'y enfonce de plus en plus; qu'on meut sans le vouloir, sans s'en douter et uniquement par la nécessité imposée à l'esprit humain d'être conséquent. Lors donc que Platon nous raconte des choses toutes simples, toutes vulgaires, comme nous en voyons arriver chaque jour, on peut le croire; mais dès l'instant où son récit contient des faits tant soit peu extraordinaires, il devient, à bon droit, suspect.

Même pour les choses ordinaires, à quel point l'histoire n'est-elle pas trompeuse? Les preuves n'en seraient pas difficiles à fournir si nous voulions rapporter des exemples passés ou contemporains de ce genre de faits répandus et acceptés de toutes parts comme vrais, et cependant tout à fait apocryphes.

Si, quand elle est écrite par des hommes étrangers à tout système capable de les éloigner de la vérité, l'histoire fourmille encore de mensonges, on sent qu'une biographie anecdotique tracée sous l'influence des idées qui dominaient Platon, doit être considérée comme un véritable roman. J'en donnerai pour preuve le fait que M. Lélut à regardé comme prouvant d'une manière décisive l'hallucination de Socrate. «Je trouve, dit notre auteur, que c'est au siége de Potidée que se manifestèrent pour l'histoire, les symptômes les plus évidents de cette maladie, que les auteurs traitent en général d'extase, mais que les véritables anthropologistes savent comment caractériser. Le siége de Potidée dura trois ans. Pendant l'hiver, Socrate y avait marché nu-pieds sur les glaçons, vêtu à la légère comme à l'ordinaire, ce qui étonna déjà beaucoup ses amis et ses compagnons d'armes. L'été vient, et voilà qu'un beau jour on le trouve débout dans la campagne, regardant fixement le soleil, comme font certains aliénés *frappés d'immobilité*. On va, on vient autour de lui, on le montre du doigt; Socrate n'y prend garde. Le soir arrive; des soldats curieux apportent leurs lits de campagne en cet endroit, pour observer s'il passerait la nuit dans la même posture. C'est ce qui eut lieu, en effet, et ce ne fut que le lendemain au lever du soleil, qu'après avoir fait un grand salut à l'astre, Socrate se retire à pas lents, dans sa tente, sans mot dire, et sans faire attention à ceux qui le suivaient, tout stupéfaits d'une pareille scène. Il faut nier ce fait qui est attesté par tous les auteurs qui se sont occupés de Socrate, et par ses plus zélés disciples, ou bien, il faut convenir que c'était là plus que le commencement d'un état que personne actuellement ne voudrait éprouver pour toute la réputation du fils de Sophronisque.» (p. 99.)

Hé! mon Dieu, oui, je nierai ce fait. D'abord parce qu'il a été rapporté par Platon, et par Platon seul originairement; en second lieu, parce qu'on peut très-bien conclure du silence gardé par Thucydide à l'égard de Socrate, que ce philosophe, comme l'assure Athénée (*Deipnos.*, lib. V, cap. 14 et 15) n'est point allé au siége de Potidée; troisièmement enfin par une raison préférable aux deux autres, c'est que la science ne possède aucun exemple authentique d'extase comparable à celle de Socrate, observé sur des gens qui n'étaient pas complétement aliénés.

Ce fait entièrement du domaine de la pathologie méritait d'être pris en sérieuse considération; aussi ai-je dû le discuter avec soin. Maintenant je n'attache que peu d'intérêt à savoir si un beau soir Socrate s'est arrêté tout à coup au milieu du chemin, plantant là les convives avec lesquels il allait souper chez Agathon (p. 104), s'il a prédit le désastre de l'expédition de Sicile avant ou après coup (p. 117), s'il a annoncé en style d'oracle et pouvant s'appliquer à tout événement, ce qui devait arriver à Charmide (p. 111), à Clitermaque (p. 112), à Thrasylle (p. 117), à Xénophon (p. 139), et à d'autres, tués en grand nombre (p. 134), Si, comme le raconte Cicéron, il a deviné que Criton recevrait un coup de branche d'arbre dans l'œil (p. 132); si en refusant de suivre la rue que prenaient plusieurs de ses amis, il a évité d'être enveloppé et sali avec eux, par un troupeau de pourceaux fangeux (p. 133). Je

laisse également les explications de Simmias sur les croyances de Socrate (p. 135) et les propos que lui prête Xénophon relativement à sa voix intérieure (p. 130). Toutes ces petites historiettes sortent de la même fabrique, elles portent toutes le même cachet, et à l'exception de quelques-unes ; sont dues à Platon. Vraies pour la plupart, elles auraient une médiocre valeur ; suspectes, comme elles le sont toutes, on peut, sans engager sa conscience, les considérer comme non avenues et ne décidant absolument rien pour ou contre l'hallucination de Socrate. Si donc nous n'y croyons pas, c'est par des raisons prises en dehors du récit de Platon. Voici ces raisons.

L'histoire reste soumise au même *criterium* que les autres sciences, c'est-à-dire que les faits qu'elle enregistre, doivent, pour être regardés comme possibles ou vrais, se reproduire par des analogues. Ainsi on croit au poignard de Ravaillac par celui de Louvel, on croit à l'entrée d'Alexandre dans Babylone, quand on a été assez malheureux pour voir l'entrée d'un autre Alexandre dans Paris ; mais aucune épisode des guerres contemporaines n'autorise à croire qu'un homme soit, à une *tête de pont*, capable d'arrêter une armée, lors même que cet homme s'appellerait Horatius Coclès. Par conséquent les faits d'après lesquels on a voulu prouver l'hallucination de Socrate devraient pour être admis comme vrais, se répéter plus ou moins exactement de nos jours, et cela n'est pas.

J'ai déjà dit ce qu'il fallait penser de sa prétendue extase au siége de Potidée. L'expérience, qui ne laisse aucun doute à ce sujet, ne répand pas moins de lumière sur une autre question également fort importante. Elle nous apprend en effet que l'hallucination qui, suivant M. Lélut, forme le caractère le plus irréfragable de la folie (p. 98 et 179), est un genre de délire très-curable, quand il a encore duré peu de temps, mais qui ne se prolonge jamais sans finir par troubler complètement l'intelligence. Et cependant Socrate serait resté quarante ans halluciné sans perdre la tête (p. 62 et 179), mais encore aurait conservé une supériorité de raison, une rectitude de jugement, une force et une étendue d'intellect qu'aucun homme n'a peut-être possédé au même degré. M. Lélut semble avoir voulu répondre par avance à cette objection en disant : « Il est heureux que la folie de Socrate ait pu conserver son état sensorial sans passer au délire maniaque (p. 179). » Quant à nous, la supposition d'un pareil bonheur, nous semble, comme à MM. Esquirol, Falret et Ferrus, tout à fait inadmissible. On essaierait en vain de lui chercher quelque vraisemblance en citant les exemples d'hallucinés, tels que Cardan, Swammerdam, Swedenborg, Campanella, le Tasse, Pascal, etc. : car, outre l'évidence, pour tout le monde, des veines de folie par où ont passé ces personnages, qui en ont pour la plupart laissé des preuves irrécusables dans leurs écrits, aucun d'eux ne saurait assurément être présenté comme le type le plus parfait connu de la raison humaine. L'école alexandrine a, dit-on, fourni un grand nombre d'hallucinés (p. 187), soit ; aucun d'eux peut-il plus entrer en comparaison avec Socrate, que Polet ou Richard, dont parlait un journal du mois.... août, ou bien un autre pauvre fou, qui m'a tout récemment entretenu, pendant trois heures, de la mission qu'il a de réformer le monde? Qu'importe aussi que Luther et Mahomet aient eu ou non des accidents d'hallucinations, s'ils n'ont jamais passé, même à l'état calme, pour des hommes d'une haute raison, et si, au lieu de cela, la sagesse, parlant par la bouche d'Horace, les a, à l'avance, classés parmi les fous?

Quem mala stultitia et quæcumque inscitia veri
Cæcum agit, insanum Crysippi porticus, et grex
Autumat. . . . . .
Qui species alias veri, scelerisque tumultu
Permistas capiet, commotus habebitur. . . . .

N'admettant pas l'hallucination de Socrate, je n'ai point à m'enquérir, si, comme le prétend M. Lélut, elle devait échapper aux regards prévenus d'Hippocrate (p. 223) : tout ce qui, dans la vie de l'époux de Xantippe, est de nature à le représenter comme fou, doit maintenant être mis de côté sous peine d'inconséquence de ma part. Mais je n'ai garde de passer aussi légèrement sur une foule de traits, propres tout au plus à montrer la singularité de son caractère, et un esprit peu en harmonie avec celui des autres (p. 9). Tous ces traits, que M. Lélut fait ressortir avec beaucoup d'art, et crois pouvoir rattacher à un état d'exaltation mentale dont il a besoin dans son hypothèse, me semblent trouver leur explication dans cette réflexion bien simple ; Socrate était conséquent avec ses principes. Il allait nu-pieds (p. 51) ; Caton en faisait autant. Devaient-ils, l'un et l'autre, préparer par avance une excuse à Rousseau, qui, après avoir déclaré digne du plus grand supplice, l'homme qui a le premier porté des sabots, si toutefois il n'avait pas mal aux pieds, a passé sa vie entière à cultiver les arts et les sciences, dont il écrivait en même temps l'éloquente et irréfutable satire?

Socrate prêchait la morale ; il devait résister aux agaceries d'Alcibiade (p. 55). Persuadé que durant le cours de sa longue carrière, il avait rendu de véritables services à sa patrie, il ne pouvait, dans sa défense, s'abaisser à un rôle de suppliant. Il avait sans doute raison de trouver le discours de Lysias trop fleuri, et de vouloir se défendre lui-même en toute simplicité (p. 81). Quand, après avoir repassé sa conduite en revue, il disait que s'il avait à recommencer, il referait les mêmes choses au péril de sa vie (p. 176) ; quand, pour récompense de ses peines, il demandait à être nourri au prytanée, sans s'inquiéter si la franchise noble, et peut-être un peu orgueilleuse de son discours, allait bien à un accusé parlant devant ses juges (p. 83 et 84), quand, après sa condamnation il refusait de s'enfuir (p. 85), que faisait-il donc de si surprenant? Est-ce un prodige de voir un homme dédaigner de racheter sa vie par une bassesse ou par une action qu'il juge condamnable? Fais ce que dois, arrive que pourra, avait dit Socrate, et il a tenu parole. Mais il n'est pas le seul qui se soit montré capable d'un pareil effort. Il mérite bien plus d'éloges pour la tenue, la fixité, la permanence de caractère dont il a fait preuve dans tous les instants de sa longue vie. Ces vertus, la faiblesse, l'incrédulité, l'éclectisme de notre époque ne les comprend pas ; à ses yeux, la constance raisonnée devient duperie, dès qu'elle compromet nos intérêts. Lorsque je peux, sans autre motif, expliquer la portion non controversable de la vie de Socrate, j'y crois et j'en admets les plus minutieux détails, non parce qu'ils sont racontés par Platon, mais parce qu'on les voit se reproduire dans l'histoire.

Quant aux communications familières du sage par excellence, avec son démon, aux voix qu'il entendait,

aux avertissements dont il était favorisé, l'hypothèse qui voudrait les expliquer par de l'hallucination étant vraiment inadmissible, force est bien, à l'exemple de saint Augustin (*Cité de Dieu*, chap. 27), d'en attribuer l'invention aux seuls disciples de Socrate, Platon en tête. Cependant, si l'on persistait à soutenir qu'ils ont été historiens fidèles, narrateurs exacts de faits que leur maître donnait pour vrais, on ne pourrait éviter de se ranger à l'opinion de Gassendi (*Opéra*, tom. II, p. 858), de Rollin et de Barthélemy, qui n'ont pas craint d'accuser de fourberie Socrate lui-même.

Il faut bien le dire sans ménagement, puisque c'est là le seul moyen d'y porter remède, le mensonge semble inhérent à l'espèce humaine ; et bien que la fin de son règne ait été annoncée depuis bientôt deux mille ans (*Evang. selon St. Mathieu*, chap. XVI, vers. 18) il prévaut, et prévaudra encore longtemps. Toutefois, Théodose le Cyrénaïque a, sans aucun doute, calomnié l'humanité, quand il a dit que le Sage assuré du secret s'abandonnerait à toutes les actions répréhensibles auxquels le porteraient ses penchants : *furto quoque et adulterio et sacrilegio*, cum tempestivum erit, *daturum operam sapientem*. Quoi qu'il en soit il y a certainement peu d'hommes capables de s'abstenir d'un mensonge qu'ils auraient la certitude de faire admettre, pour une vérité dont il leur reviendrait quelque avantage. Telle eût été manifestement la position de Socrate, s'il avait voulu forger quelque conte sur ses relations avec son génie familier ; car, suivant la remarque de M. Lélut, les esprits étaient alors singulièrement disposés à croire à tous ces fagots (p. 160). C'est par cette raison que Platon, qui connaissait bien ses contemporains, ne s'est pas fait faute de les servir suivant leurs goûts ; mais il me serait pénible d'être obligé de reconnaître qu'il aurait en cela pris exemple sur son maître. Socrate, menteur et exploitant la crédulité de ses concitoyens, Socrate méritant le mépris de tous les cœurs honnêtes, m'ôterait une de ces consolantes illusions que rien ne peut remplacer. Cependant il me serait encore plus facile de le croire fourbe qu'halluciné, par la raison toute simple que si une haute capacité intellectuelle repousse l'hallucination, elle ne met pas également à l'abri du mensonge, ce dont l'histoire ne permet pas de douter. Heureusement je puis échapper à cet embarras et l'éviter aux lecteurs, en disant à Platon : Tu as impudemment menti.

ROCHOUX.

(*Archiv. de méd.*)

Compendium de médecine pratique, ou exposé analytique et raisonné des travaux contenus dans les principaux traités de pathologie interne ; par MM. L. DELABERGE et ED. MONNERET, docteurs de la Faculté de Paris. Première livraison. Bruxelles, établissement Encyclographique.

La première condition de succès pour un ouvrage, c'est l'opportunité ; pour réussir, il doit répondre à un besoin, et cela lors même qu'il ne serait pas de nature à le satisfaire complétement. En littérature médicale, comme dans toutes les autres branches des connaissances humaines, l'ouvrage qui ne se trouve pas dans cette condition, lors même qu'il offrirait tous les autres éléments de succès, ne répondra point à l'attente de l'auteur ou du libraire, tandis que le travail le plus maigre sur une question d'un intérêt actuel, obtiendra un débit prompt et producteur. C'est ce que nous paraissent n'avoir pas oublié les auteurs de l'ouvrage dont nous venons de parcourir la première livraison. A la lecture du premier titre : *Compendium de médecine pratique*, nous fûmes d'abord enchantés d'avoir en français un traité de médecine pratique ; car, au milieu des brochures sans nombre et des ouvrages de divers genres que nous adresse chaque jour la librairie médicale, nous ne trouvons que bien peu de travaux d'une utilité vraiment pratique. Mais nous fûmes un peu désappointés, nous devons le dire, à la lecture du second titre : *ou exposé analytique et raisonné des travaux contenus dans les principaux traités de pathologie interne*, car nous concevons difficilement comment le simple exposé des différentes théories et des divers systèmes peut amener à une saine pratique. Quelques intelligences élevées peuvent, il est vrai, y trouver la base de leur conduite dans la pratique ; mais les médecins n'ont point, en général, assez de loisir pour se livrer à ces études profondes, que doit faire l'auteur d'un traité de médecine pratique pour ses lecteurs. Puis, ayant ouvert le livre au hasard, nous ne fûmes pas moins surpris encore en reconnaissant que nous avions entre les mains un dictionnaire de médecine.

Nous avons déjà tant d'ouvrages qui portent ce dernier titre dans notre langue, et tous à peu près sur le même plan, que nous concevons l'intérêt qu'ont pu avoir les auteurs à donner un titre différent à leur travail. Au reste, la seule chose que nous devons examiner ici, c'est la manière dont ils ont rempli la tâche qu'ils se sont imposée, sans attacher d'importance à leurs travaux antérieurs et à leur position scientifique. Ce ne sont point les ouvrages dont les titres sont bariolés des noms les plus connus dans la science, qui nous inspirent le plus de confiance ; nous en trouvons la preuve dans les travaux analogues à celui-ci, déjà publié ou en publication. Sans renouveler une critique que nous ne leur avons pas épargnée à l'occasion, nous pouvons rappeler combien ils laissent à désirer quelquefois sous le rapport de l'érudition, des contradictions entre les divers collaborateurs, toujours embarrassantes pour les lecteurs, et surtout par l'influence exagérée qu'ils ont la plupart accordée à l'anatomie pathologique. Il n'est pas douteux pour nous qu'on ne puisse faire mieux que ce qui a été fait jusqu'à ce moment, et que la science n'ait à désirer sous ce point de vue ; mais, avant d'examiner ce qu'on peut attendre de ce nouveau travail, indiquons d'abord le but que se sont proposé les auteurs, et le plan qu'ils ont exposé dans leur avant-propos.

Le nouveau dictionnaire doit différer notablement des trois ou quatre qui l'ont précédé ; il est uniquement consacré à la médecine, et à la médecine d'application. Nous concevons dès lors comment ses auteurs ont pu lui donner le titre de *Compendium de médecine pratique*. Ils en ont exclu toute la chirurgie, l'anatomie et la physiologie, qui occupent une si grande place dans les autres dictionnaires, et, sous ce rapport, ils ont suivi la marche qui leur avait été indiquée par les deux dictionnaires de médecine publiés en anglais depuis quelques années.

Le passage suivant fera connaître la part que doivent occuper les théories dans ce travail. « Notre religion, à nous, est dans les faits et dans l'autorité qui les envi-

ronne. Nous avons recueilli cet élément de notre foi scientifique partout où nous l'avons rencontré : à toutes les sources, dans toutes les langues, nous avons fait appel à toutes les théories, et c'est le vaste résumé de cette longue élucubration que nous émettons en cet ouvrage. Si le lecteur veut nous suivre dans les conclusions que nous avons posées, il se trouvera successivement l'adepte de toutes les écoles ; s'il épouse les opinions de tel ou tel, il rencontrera dans notre livre les arguments qui ont servi à l'appuyer. Notre livre est le livre de tous ; chaque parti s'y trouve représenté, défendu, attaqué. Quant à la conclusion de cette lutte active, nous laissons au temps le soin de la porter. »

Si nous supposons que les auteurs remplissent ces promesses un peu emphatiques de leur avant-propos, nous trouverons de l'érudition dans leur travail, mais non de la médecine pratique : nous pensons même qu'ils s'engagent dans une voie qui les en éloigne. Le médecin, qui est appelé à chaque instant à faire l'application de ses études, et qui a peu de loisirs, ne demande pas seulement qu'on lui expose avec fidélité toutes les opinions des différentes écoles, ce qui ne ferait qu'augmenter son embarras ; mais, ce qu'il désire, c'est l'avis d'un homme doué d'une forte intelligence et de connaissances non moins grandes, qui, après avoir comparé les résultats de la pratique, dans les hôpitaux et hors des hôpitaux, aux données purement théoriques, trace la ligne de conduite qu'il croit devoir être suivie dans le plus grand nombre de cas possible. C'est là ce que réclament, nous croyons, les médecins praticiens, qui savent que les faits, à cause de leur variété presque infinie des formes, peuvent être interprétés de la manière la plus opposée par les différentes théories, et, ce que nous entendons par un ouvrage de médecine pratique. Considéré sous ce point de vue, le travail de MM. Delaberge et Monneret nous semble donc ne pas répondre au titre qu'ils lui ont donné, et s'éloigner du but qu'ils ont voulu atteindre.

Quelle que soit, au reste, l'opinion qu'on se fasse sur cette question et sur la difficulté ou même l'impossibilité, suivant quelques-uns, d'un travail de ce genre, le plan que MM. Delaberge et Monneret annoncent devoir suivre nous offre des améliorations réelles sur celui adopté dans les dictionnaires précédents.

La synonymie des maladies, qui est presque complétement négligée dans les livres français, a surtout fixé l'attention des auteurs. Les médecins, dont toutes les lectures se bornent à quelques manuels ou autres ouvrages d'une égale valeur, peuvent bien considérer la synonymie comme un luxe ou comme un étalage de connaissances scientifiques inutile. Mais nous n'avons pas besoin de faire sentir quelle est sa valeur pour ceux qui attachent quelque importance aux travaux écrits avant notre époque, et surtout pour ceux qui, par goût ou par devoir, se livrent à des recherches dans les littératures médicales étrangères. Une autre modification que nous trouvons avec plaisir dans le plan du nouveau dictionnaire, est comprise sous le titre : *Nature et classification dans les cadres nosologiques.* Ce n'est pas que nous attachions une grande importance aux questions sur la nature et le classement des maladies, cependant elles offrent souvent de l'intérêt et nous semblent indispensables dans un ouvrage où les maladies sont disposées par ordre alphabétique. Enfin nous signalerons le paragraphe : *Historique et bibliographie,* qui se fait regretter dans la plupart des autres ouvrages analogues.

La première livraison, la seule qui ait encore paru, comprend quelques articles assez importants : *acéphalocyste, acné, acrodynie, aménorrhée, anasarque, anémie, angine.* Ces articles sont assez nombreux pour que déjà il nous fût facile de juger la manière dont les auteurs remplissent le but et le plan qu'ils se sont proposés ; nous préférons attendre que l'ouvrage soit plus avancé pour le juger avec connaissance entière de cause, et, pour le moment, nous allons nous borner à quelques réflexions générales sur l'ensemble du travail de cette première livraison et sur la direction qu'ont suivie les auteurs.

Le seul article de la 1re livraison qui nous aurait permis de juger le point de vue d'où les auteurs considèrent la médecine pratique, l'esprit philosophique qui les guide, est l'article *adynamie ;* mais la manière étroite dont il est traité ne nous permet pas de porter un jugement sur ce point. Au reste, nous pensons, d'après l'avant-propos, que les considérations générales, les points de vue philosophiques, recevront rarement accueil dans le *Compendium de médecine pratique ;* les opinions des auteurs y sont au contraire exposées avec profusion, et, le plus souvent, avec leurs propres expressions ; mais elles sont rarement discutées ; elles sont seulement mises en regard afin que le lecteur puisse choisir.

Ce travail, bien qu'en apparence peu difficile, exige cependant une grande érudition, et, pour être bien fait, demande beaucoup de discernement dans le choix des matériaux. Peut-être pourrait-on reprocher aux auteurs d'avoir été trop peu sobres de citations, et d'en avoir fait quelques-unes qui n'avaient aucune valeur, en même temps qu'ils ont négligé quelques faits qu'ils auraient pu ne pas laisser passer inaperçus, mais dont l'oubli est peu important, surtout au milieu des nombreuses citations que l'on rencontre presque à chaque ligne. Car le caractère spécial du travail est l'érudition, et, nous devons le dire, les auteurs nous ont paru, sous ce rapport, tout à fait à la hauteur de l'entreprise de longue haleine dont ils se sont chargés.

Nous attendrons les prochaines livraisons pour faire de leur travail un examen approfondi, et souhaitons que ce premier essai reçoive tout l'encouragement du public médical, auquel il a de justes droits.

(*Gazette médicale.*)

Leçons de physiologie, extraites du cours fait à la Faculté de médecine de Montpellier, dans le semestre de 1835 *à* 1836.

De la perpétuité de la médecine, *ou de l'identité des principes fondamentaux de cette science, depuis son établissement jusqu'à présent;* par le professeur Lordat. — Paris, 1837, librairie de Germer Baillière, rue de l'École de Médecine, n° 13 *bis ;* Montpellier, chez L. Castel, libraire-éditeur, Grand'Rue, n° 32. 1 vol. in-8°, de 328 pages, avec une planche lithographiée.

M. le professeur Lordat, dans le cours qu'il fait à la Faculté de Montpellier, a consacré treize leçons pour chercher à établir que les principes fondamentaux de la

science médicale sont restés les mêmes depuis Hippocrate jusqu'à nos jours, bien qu'ils aient subi l'épreuve du temps. « La médecine ancienne, dit-il, est une science arrêtée et non formée. Elle a ses distributions, ses lois, sa méthode logique : quelque étranges que puissent paraître les faits que l'observation nous présente assez souvent, ils y trouvent leurs places respectives, des analogies, des règles générales qui veillent sur leurs droits et sur leurs devoirs. Elle est comme une ville ouverte dont le plan est immuable, dont les places, les rues, les monuments, les quartiers, les ressorts administratifs sont arrêtés d'avance, et dont les populations futures n'exigeront jamais ni bouleversements, ni démolitions, ni un nouveau code. »

La doctrine de Montpellier, dont l'auteur se constitue ici le défenseur, n'est autre, selon lui, que « celle qui a été conçue à Cos, qu'Hippocrate a conduite jusqu'à l'enfance, qui, aujourd'hui adolescente, prospère dans cette école, et que les maîtres de cet établissement travaillent à mener à l'état adulte, si l'esprit humain peut aller jusque là. »

Les idées renfermées dans ces leçons peuvent donc être considérées comme l'expression de la doctrine enseignée à la Faculté de Montpellier, qui, grâce au zèle et au talent de ses professeurs n'a pas perdu de son ancienne réputation.

M. le professeur Lordat divise son travail en cinq parties : dans la première, il se propose cette question, qu'il se contente de développer, laissant à ses lecteurs le soin de la résoudre : « Les novateurs ont-ils bien connu les idées essentielles, fondamentales, constitutives de la médecine interne qu'ils ont eu l'intention de renverser. » Da seconde partie a pour objet de faire voir que dans la médecine, comme dans les sciences physiques, les propositions constitutives doivent être distinguées en deux classes ; dont l'une renferme des propositions constantes, inattaquables, impérissables; dont l'autre comprend celles qui sont conjecturales, caduques. Dans la troisième, il présente quelques exemples de propositions doctrinales qui ont été admises de bonne heure dans la médecine, et que les vrais praticiens n'ont jamais exclues nominativement; puis il tâche de faire voir qu'elles sont le fondement de la seule médecine pratique que la philosophie avoue. Dans la quatrième partie, l'auteur entre dans des considérations sur le moyen de rendre plus rares « ces prétendues réformes scandaleuses, qui jettent la plus grande défaveur sur la science et sur ceux qui la cultivent. » Dans la cinquième partie enfin, M. Lordat trouve la confirmation des moyens proposés, dans l'esprit et dans l'enseignement de l'école à laquelle il a l'honneur d'appartenir. *La constance de la doctrine de Montpellier, prouve*, dit-il, *que pour conserver les propositions fondamentales de la médecine, il suffit de les bien comprendre.*

Nous n'entreprendrons pas de faire la critique de ce livre ; il nous suffira d'avoir donné une idée de l'esprit qui a présidé à sa rédaction. Nous recommandons la méditation de ces leçons aux médecins qui s'occupent de l'étude de la philosophie médicale et qui voudraient apprécier la doctrine professée à la Faculté de Montpellier. (M).

Physiologie de l'espèce. Histoire de la génération de l'homme ; précédée de l'étude comparative de cette fonction dans les divisions principales du règne animal, suivie d'un exposé des causes et du traitement de l'impuissance et de la stérilité, et des motifs qui ont présidé à la rédaction de plusieurs lois concernant la famille et le citoyen ; par G. Grimaud de Caux, rédacteur en chef et fondateur de la *Gazette de santé*, auteur du *Dictionnaire de la santé et des maladies*, de l'*Essai sur la physiologie humaine*, etc., etc. ; et G.-J. Martin Saint-Ange, D.-M.-P., auteur de l'*Anatomie comparée*, des *Éléments d'histoire naturelle*, de plusieurs travaux d'anatomie analytique, lauréat de l'institut de France, etc., etc.

Cet ouvrage formera un beau volume in-4°, imprimé avec luxe, illustré de vingt-quatre planches représentant des organes disséqués, étudiés et dessinés sur nature par les auteurs, gravés sur cuivre avec le plus grand soin, par Forget. Il y aura au moins cinquante feuilles de texte.

INTRODUCTION A LA PHYSIOLOGIE DE L'ESPÈCE.

« Plus d'un lecteur, mal pénétré du but de cet ouvrage, ne manquera pas de nous appliquer, avant de l'avoir lu, ce qu'Horace disait à Asinius Pollion :

Periculosæ plenum opus aleæ
Tractas, et in redis per ignes,
Suppositos cineri doloso.

» Comment en effet exposer aux yeux de tout le monde, sans exciter la sévérité du censeur le plus indulgent, ces mystères de la nature dont la seule idée suffit pour remuer le cœur quand les glaces de l'âge n'ont point ralenti ses battements ni éteint tous ses feux !... Eh bien oui ! c'est vrai, ces mystères, nous nous hasardons à les retracer aux yeux de l'intelligence par la parole, aux yeux du corps par le dessin. La peinture et la description, rien n'y manque, rien n'y est soupçonné ni sous-entendu ; tout y est décrit et figuré sans restriction comme sans réticence. Mais vous ne savez donc pas que la science, comme la philosophie dont elle est une émanation, relève, ennoblit, exalte, divinise tout ce qu'elle touche. Vous ignorez donc que les fibres qu'elle met en jeu ne sont pas celles qui répondent à nos mauvaises passions, que l'action de ces fibres ne fomente pas le vice et qu'elle n'a jamais fait rougir la vertu. Eh bien ! oui, vous dis-je, c'est là notre but ; nous voulons dévoiler les secrets de la génération, nous voulons retracer d'une main large, ferme, sûre, tous les traits connus de ce fait universel dont l'emblème brille d'un si vif éclat dans le mythe du phœnix, l'une des plus hautes conceptions que l'antiquité poétique nous ait transmises ; et si la fable excite l'admiration pour sa sublimité, pourquoi voulez-vous donc que l'histoire en reste avilie et sans enseignement ?

» Mais à nous entendre, ne dirait-on pas que la vérité a besoin qu'on plaide pour elle, comme si dans l'ordre physique, encore plus que dans l'ordre moral, la proclamation de la vérité n'était pas un bienfait digne de la reconnaissance des hommes. Les passions impétueuses, savez-vous ce qui les excite ; les vices désordonnés, savez-vous ce qui les fomente ; la fange de la dégradation, savez-vous ce qui la remue et en exalte les principes corrupteurs ? Imprudents écrivains, ce sont

ces romans *intimes* dans lesquels vous vous peignez, en traits de feu, des créoles échevelées, ivres de vin et d'amour, que vous traînez sur le lit de l'innocence et que vous jetez sans pitié au suicide après les avoir violées sans remords. Ce sont ces compositions de théâtre où une nature fantastique, mais libidineuse et sanguinaire, mise en relief avec un talent fatal, provoque au mépris de tout ce qui se respecte, à l'avilissement de tout ce qui s'honore, dénoue ainsi l'un après l'autre tous les liens sociaux, et pousse par degrés à la ruine du bonheur public. Mais les mystères de la nature! Heureux l'homme qui peut les découvrir, les exposer au grand jour, les accomoder à l'intelligence de ses semblables, en tirer de graves et curieux enseignements : celui-là ne portera jamais atteinte à la morale. L'initiation aux mystères de la science se fait au même titre que l'initiation aux mystères de Cérès; il fallait subir des purifications multipliées avant de pénétrer dans le sanctuaire de la bonne déesse, il faut chasser du cœur toute obsession terrestre, dégager l'esprit de toute préoccupation matérielle, pour aborder le temple de la science. Voilà pourquoi ceux qui sacrifient sur ses autels, qui se livrent à ses inspirations, qui s'appliquent à dévoiler ses secrets, n'ont point à redouter les excitements des mauvaises passions, ne savourent et ne provoquent que de pures voluptés; et voilà aussi pourquoi nous n'avons pas hésité d'entreprendre cet ouvrage.

» Le fait universel que nous voulons étudier et décrire a été consacré chez tous les peuples sous le nom de *mariage*. Selon la loi religieuse, le mariage est un sacrement; selon la loi civile, c'est un contrat (1) sanctionné par le magistrat de la cité; selon les lois de la nature, c'est une fonction de l'organisme. Or, sous ces trois points de vue, le mariage offre à étudier une foule de questions dont la solution légitime importe à la fois à la religion pour l'observance discrète de ses préceptes salutaires, à la société pour lui garantir une rigueur permanente et productive dans les populations qui la fondent et qu'elle gouverne, aux individus, enfin, pour le bon emploi des forces les plus précieuses de l'animalité. De ces trois points de vue, si le dernier seulement est de notre domaine exclusif, il s'en faut que nous n'ayons pas à nous occuper des deux autres. Ouvrez les livres de théologie, étudiez les doutes des Casuistes, et dites si les solutions qu'ils ont données n'auraient pas été plus faciles à obtenir et à admettre avec le secours des lumières que nous leur offrons dans cet écrit; d'un autre côté, parcourez le dédale des législations anciennes et modernes, et voyez si le sentiment des hommes de la science n'eût pas fourni des motifs irrécusables à plus d'une décision hasardée. Enfin, relisez, si vous l'osez, tous ces ouvrages ridiculement obscènes sur lesquels la curiosité ou le besoin vous ont forcé de jeter les yeux, une fois dans la vie, et convenez que les enseignements que vous y cherchiez s'y trouvent remplacés par des sales conceptions, quand ce n'est point par d'impertinentes niaiseries.

» La fonction de la génération est certainement la plus importante dans les vues du créateur (1), pour la conservation de l'univers. C'est la fonction à laquelle, chez l'homme comme chez les animaux, tous les autres semblent se rapporter. Si dans le premier âge les fonctions nutritives jouissent d'une si grande activité, c'est pour opérer l'accroissement; or, l'accroissement n'est parfait que lorsque les organes reproducteurs sont devenus aptes à être exercés. Aussitôt que la faculté génératrice a disparu, la vie se détruit en détail et la mort de l'individu ne tarde point à survenir.

» Les traits connus de la génération sont tous *extérieurs*. Ceux qui restent à étudier et que l'on peut appeler *internes*, ont été l'objet de curieuses hypothèses, dont la plus probable et la plus généralement adoptée n'a été bien établie que dans ces derniers temps, par les travaux des deux savants (MM. Prevots et Dumas), dont l'un est aujourd'hui membre de l'Académie des sciences.

» L'étude du fait physiologique présente plusieurs circonstances capitales. Comme son accomplissement dépend du concours de deux individus, il faut apprécier d'abord les différences et les ressemblances, pour bien établir ce qui fonde la spécialité de chacun. Or, une pareille appréciation ne peut être obtenue que par l'étude anatomique des organes appelés à un résultat commun; et cette étude, quelque facile qu'on puisse la rendre par la clarté de l'exposition, ne peut être réellement bien comprise qu'avec le secours de l'iconographie.

» L'examen des organes conduit naturellement à la question de savoir ce qui se passe dans le fait qu'ils sont chargés d'accomplir. *Et erunt duo in carne unâ*, dit avec concision la Genèse, et cette concision admirable pouvait seule bien exprimer un fait instantané qui se consomme avec la rapidité de l'éclair. Mais qui pourrait raconter la puissance du créateur? *Quis enarrabit gloriam Dei?* C'est pendant la durée de cet éclair que le flambeau d'une nouvelle vie s'allume, et que le mystère de la reproduction est consommé. Dans cet acte merveilleux, le rôle des deux individus est loin d'être le même. Pour l'un, tout est fini après le contact; l'impression qu'en reçoit l'autre amène des conséquences de plus longue durée. Il lui faut fournir au développement du produit de la conception. Ce développement se fait sous des conditions appréciables et sous l'empire de certaines lois physiologiques, dont l'observation ou la négligence influent d'une manière heureuse ou funeste sur le résultat définitif, qui est la mise en lumière de la nouvelle création.

» En prenant isolément chacune des phases de la fonction dont nous venons d'esquisser le tableau, plusieurs questions importantes se présentent à résoudre. Et d'abord peut on influer sur le produit de la génération, peut-on faire qu'il soit tel plutôt que tel autre. « Pour perpétuer nos animaux domestiques (dit M. Adelon, à qui nous empruntons cette manière de poser la question) et améliorer sans cesse les espèces, nous faisons des choix, nous prenons ces animaux dans l'âge de la force, et nous croisons diversement les races, selon le genre de qualités que nous voulons imprimer aux

(1) Le mariage est un contrat de protection d'un côté, d'obéissance de l'autre et de fidélité, de secours et d'assistance des deux parts. La loi civile détermine ces propriétés essentielles du mariage, mais elle ne le définit pas. Cette absence de définition du mariage dans le code civil constitue une lacune qui peut bien être systématique dans le sens de ceux qui veulent que les lois soient *athées* mais qui bien certainement n'est pas rationnelle.

(1) *Quamobrem* RELINQUET HOMO PATREM SUUM ET MATREM et *adhæreb t uxor siuæ*, dit la Genèse.

produits. Qui oserait dire que tout ceci, théoriquement du moins, ne soit pas applicable à l'homme? Loin de nous, sans doute, la pensée de méconnaître ce que la haute dignité de notre espèce réclame de liberté pour les individus unis en état social; mais la législation n'enfreint-elle pas les lois de la nature quand elle permet, par exemple les mariages entre les personnes d'un âge extrêmement disproportionné, ou entre des personnes saines et des personnes affectées de maladies héréditaires?» Horace avait déjà dit :

Fortes creantur fortibus et bonis,
. . . . . .
Nec imbellem feroces
Progenerant aquilæ columbam.

» Mais sans parler de l'*Examen des esprits* par Jean Huarte, ni du poëme sur la *Callipédie* de Claude Quillet, l'essai de Vandermonde sur les *Moyens de perfectionner l'espèce humaine* contient sur ce point des réflexions qui ne sont pas toutes dépourvues de justesse, et l'on peut en dire autant de la thèse de M Robert sur la MÉGALANTROPOGÉNÉSIE, quoique ce dernier auteur ait poussé trop loin ses conséquences hypothétiques. Nous dirons quel est aujourd'hui le sentiment des plus éclairés sur un pareil sujet.

» A l'étude des circonstances qui peuvent influer d'une manière profonde quoique générale sur le produit de la génération, il faut joindre l'examen des conditions relatives à l'aptitude que les organes peuvent avoir, selon les individus, pour remplir la fonction d'une façon utile et régulière. Quelles sont les limites précises de leur activité? Jusqu'à quel point peut-on forcer ces limites sans compromettre la santé et sans donner lieu à la création d'êtres informes, imparfaits, débiles, doués d'une constitution tellement pauvre qu'ils sont inévitablement poussés sans transition à une décrépitude anticipée, êtres infirmes sous le rapport de l'intelligence et de l'organisation, nés plutôt pour maudire la providence que pour glorifier le Créateur. D'un autre côté, jusqu'à quel point peut-on solliciter la mise en œuvre de ces mêmes organes, sans s'exposer à enfreindre les lois de l'hygiène, qui, en ce point surtout, sont véritablement les lois de la saine morale? Y a-t-il des conditions d'action tellement précises, tellement connues, tellement approchables, que quand l'action est nulle ou de nul effet, il soit possible d'arriver à les modifier et de restituer ainsi à l'acte générateur une vertu qui s'était affaiblie ou perdue. Sous un troisième point de vue, enfin, jusqu'à quel point peut-on calmer l'effervescence des passions, déprimer l'énergie des organes par lesquels elle se trahit et s'exalte, et quelle est en définitive la valeur de tous les moyens aphrodisiaques connus, et de tous les procédés qu'on a coutume de mettre en œuvre dans un but tout contraire?

» Toutes ces questions intimes étant résolues, il reste à faire l'application des principes de la science aux diverses circonstances réglées par l'état de société et régies par la législation ou par les canons. La loi a fixé la limite des naissances posthumes; qu'elle est la valeur de ces limites? L'âge nubile, la majorité ont également été déterminés dans nos codes; quels ont été les vrais motifs de cette détermination et jusqu'à quel point est-elle irréfragable? Les naissances anticipées, la viabilité du fœtus, quels sont les moyens de la science pour amener la solution des difficultés que les cas particuliers peuvent présenter sur les points de droit qui naissent en foule de leur considération?

» Et relativement à la théologie, les Casuistes ont déterminé les cas où l'usage du mariage était permis et ceux où il était défendu. Leur sentiment s'appuie le plus souvent sur le texte des écritures; mais il puise aussi quelquefois de nouvelles forces dans certaines lois de l'hygiène. Quelles sont ces lois et quels dangers leur transgression peut-elle faire naître? Ces lois ont-elles toujours été bien comprises, et par exemple, quand quelques-uns d'entre eux prétendent que l'usage du mariage doit être permis dans l'état d'ivresse, se peut-il qu'une pareille décision soit bien conforme aux vues de la Providence, qui, en instituant le mariage, a en pour unique but la perpétuité de l'espèce, *usum prolis susciprendæ?*.....

» Les détails dans lesquels nous venons d'entrer nous semblent suffisants pour faire comprendre l'étendue de notre plan, et pour la justifier il ne nous reste plus qu'à énoncer ce plan d'une manière plus précise.

» Dans la première partie, nous décrirons la fonction de la génération; nous en poursuivrons toutes les phases depuis l'acte fécondant jusqu'à l'évolution complète et à la naissance du nouvel individu. C'est dans cette première partie que nous exposerons les divers systèmes par lesquels on a cherché à expliquer la reproduction, et que nous ferons connaître les découvertes toutes récentes touchant le développement du fœtus, découvertes qui constituent à elles seules une science particulière, l'embriologie.

» Dans la seconde partie, nous examinerons, sous un point de vue nouveau, les circonstances qui accompagnent l'acte générateur, et nous nous attacherons surtout, à faire ressortir, pour bien les apprécier, celles de ces circonstances dont l'homme peut se rendre maître et qu'il peut modifier à son gré. A cet examen se rattache naturellement l'étude des causes de l'impuissance de la stérilité, et celle des moyens possibles d'y remédier. C'est aussi dans cette partie que nous ferons l'histoire des substances aphrodisiaques et de celles (s'il en existe) qui jouissent des propriétés opposées; cette partie comprendra, en un mot, l'hygiene et la médecine de la fonction.

» Enfin, la troisième partie sera entièrement consacrée à la discussion des points de droit canon ou de médecine légale, dont nous avons signalé les principaux.

» La tâche que nous entreprenons doit paraître énorme; hâtons-nous de dire que la science est en possession des matériaux les plus riches et les plus abondants, et que nous n'aurons, par conséquent, peut-être d'autre mérite que celui de les bien choisir, de les mettre en œuvre et de les coordonner avec l'intelligence nécessaire à une bonne exposition. Il ne nous reste donc plus qu'a désirer que cette mise en œuvre soit digne de la faveur publique. Ce n'est pas que nous veuillions affecter ici une fausse modestie, et que nous soyons disposé le moins du monde à faire bon marché des efforts que nous tentons, sans savoir quel sera notre succès. Mais pour l'honneur des principes et dans l'intérêt de la vérité, nous dirons qu'il nous a toujours semblé que l'exposition lucide d'un point quelconque de la science devrait être mise, au moins quant au mérite de l'utilité, sur la même ligne que la découverte elle-même. Certes rien n'est plus honorable et plus digne de renom que les travaux entrepris dans le but de faire avancer les

sciences ; mais à quoi serviraient leurs progrès s'ils restaient inconnus et enfouis, comme on a coutume de les laisser, dans des recueils que personne ne lit, et que quelques-uns, à peine, consultent à des intervalles plus ou moins éloignés, et seulement afin d'y trouver un point de départ pour des découvertes nouvelles. Dans un pareil état de choses, celui qui s'applique à recueillir les vérités acquises et à les réunir en un faisceau lumineux, sans en tirer des enseignements pratiques que le le savant a négligés comme trop vulgaires, ou que sa préoccupation l'a empêché d'élucider et quelquefois même de discerner ; en vérité, celui-là, quand il réunit, ne doit pas avoir travaillé pour une vaine gloire. *Benè dicere haud absurdum est,* disait Salluste, et il ajoutait : *ac mihi quidem tametsi haudquaquam par gloria sequatur scriptorem et auctorem rerum, tamen imprimis Arduum videtur res gestas scribere.* Ce que Salluste disait de la narration des faits en général, nous le disons de l'histoire des sciences en particulier, et peut-être pouvons-nous l'affirmer avec plus de raison et d'assurance. Buffon, dont le témoignage est encore plus irrécusable, allait bien plus loin que l'historien latin (et que ne gagnerait pas la science, si les ouvrages de tous nos savants étaient écrits sous l'inspiration des conseils de ce grand maître !). « Les ouvrages bien écrits, a dit ce naturaliste, seront les seuls qui passeront à la postérité : la quantité des connaissances, la singularité des faits, la nouveauté même des découvertes ne sont pas de sûrs garants de l'immortalité. Si les ouvrages qui les contiennent ne restent que sur de petits objets, s'ils sont écrits sans goût, sans noblesse et sans génie, ils périront parce que les connaissances, les faits et les découvertes s'enlèvent aisément, se transportent, et gagnent même à être mis en œuvre par des mains plus habiles. *Ces choses sont hors de l'homme ;* le *style est de l'homme même* (1). Le style ne peut donc s'enlever, ni se transporter, ni s'altérer.... Un beau style n'est tel, en effet, que par le nombre infini des vérités qu'il présente ; toutes les beautés intellectuelles qui s'y trouvent, tous les rapports dont il est composé, sont autant des vérités aussi utiles, et *peut-être plus précieuses pour l'esprit humain que celles qui peuvent faire le fond du sujet.* » (BUFFON, *discours de réception à l'académie française.*)

Manuel des maladies vénériennes; par C.-M. GIBERT, médecin de l'hôpital de l'Ourcine. (Vénériens. — Femmes). Bruxelles, Établissement Encyclographique, 1 vol. in-18.

Ce livre est principalement destiné à offrir aux élèves et aux praticiens, le résumé fidèle de ce que présentent de plus important à noter les principaux écrits, tant anciens que modernes, sur la matière.

Livré, depuis longtemps, à l'étude spéciale des maladies vénériennes ; placé, comme médecin, à la tête d'une des principales divisions de l'hôpital de l'Ourcine, hôpital exclusivement consacré aux femmes vénériennes ; chargé de l'enseignement clinique de cette branche de la pathologie, M. Gibert, s'est trouvé dans les conditions les plus favorables à la confection de l'œuvre qu'il a entrepris.

Obligé de faire un choix dans l'immense quantité de matériaux qu'il avait sous la main, il s'est acquitté de cette tâche avec un rare discernement, n'admettant que ce qui pouvait avoir une conséquence pratique, et rejetant toutes les discussions purement théoriques. Il a voulu qu'on pût facilement, sans recherches pénibles, et presque d'un coup-d'œil, connaître l'état de la science, et il a espéré qu'en mettant en présence les résultats obtenus par les plus célèbres observateurs, il mettrait le lecteur à même de prononcer avec connaissance de cause sur la valeur des divers modes de traitement proposés.

Quant au plan que M. Gibert s'est tracé, il nous paraît bien entendu.

Ce manuel offre en près de 300 pages : 1° Une partie historique très-complète bien que succincte.

2° Une description de chacun des symptômes caractéristiques de la maladie, tellement exacte et tellement détaillée que nous pouvons affirmer que dans aucun traité on ne la trouverait ni aussi instructive, ni aussi intéressante.

3° Un tableau général de la syphilis, où sont groupés tous les symptômes précédemment décrits, et où tout ce qui se rattache à la marche, à la durée, à la théorie, est traité de main de maître.

4° Un exposé méthodique des ressources de la thérapeutique ancienne et moderne appliqué au traitement de la syphilis.

5° Un formulaire qui comprend les médicaments les plus usités.

Notre intention n'est point de donner ici une analyse détaillée d'un livre qui est déjà entre les mains de beaucoup de médecins ; nous nous bornerons à ajouter que nous pensons que les manuels exécutés d'après le plan que M. Gibert s'est tracé, et appliqués à des spécialités, ainsi qu'il en a donné l'exemple pour les maladies de la peau, et pour les maladies vénériennes, sont des livres précieux dans la bibliothèque d'un praticien, et surtout, des livres essentiellement usuels.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

ESSAI SUR LA DISSOLUTION DE LA GRAVELLE ET DES CALCULS DE LA VESSIE, par A. CHEVALLIER, chimiste, membre de l'Académie royale de Médecine, du conseil de salubrité, professeur adjoint à l'École de pharmacie, Paris, chez J. B. Baillière, libraire de l'Académie royale de Médecine ; rue de l'École de Médecine, 13 bis.

TRAITÉ COMPLET D'ANATOMIE CHIRURGICALE, GÉNÉRALE ET TOPOGRAPHIQUE DU CORPS HUMAIN, ou anatomie considérée dans ses rapports avec la pathologie chirurgicale et la médecine opératoire. Troisième édition, entièrement refondue, et augmentée en particulier de tout ce qui concerne les travaux modernes sur les apo-

---

(1) On a toujours défiguré cette citation. Buffon n'a jamais dit le *style est l'homme;* cette manière de s'exprimer, qui n'a qu'un côté vrai, eût contredit trop formellement les principes qu'il émettait dans son discours. Il a dit le *style est de l'homme,* c'est-à-dire appartient à l'homme, ce qui est vrai rigoureusement, surtout par opposition aux découvertes dont il a parlé précédemment, qui s'enlèvent, se transportent, s'altèrent.

névroses; par ALF. A. L. M. VELPEAU, professeur à la Faculté de médecine; chirurgien de l'hôpital de la Charité et des dispensaires de la Société Philanthropique; chevalier de la Légion d'honneur; membre de l'Académie royale de Médecine, etc., etc.; 2 très-forts volumes in-8° avec atlas.

In-4° de 17 planches—prix broché 25 fr.

Et franc de port par la poste 30 fr. 50 c.

NOUVEAU SYSTÈME DE PHYSIOLOGIE VÉGÉTALE ET DE BOTANIQUE, fondé sur les méthodes d'observations qui ont été développées dans le nouveau système de chimie organique; par F.-V. RASPAIL.— Ce bel ouvrage se compose de 2 forts volumes in-8° de plus de 600 pages chacun, accompagnés d'un atlas de 60 planches, contenant près de 1000 figures d'analyses, dessinées d'après nature et gravées en taille-douce par les meilleurs artistes, avec une explication raisonnée de 91 pages.

Pris : 30 fr.

Figures coloriées, 60 fr.

MÉMOIRE DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE D'OBSERVATION DE PARIS, tome 1er, contenant : De l'examen des malades et de la recherche des faits généraux; par M. LOUIS. Essai sur la cataracte; par M. J. MAUNOIR. Recherches sur l'emphysème des poumons; par M. LOUIS. Recherches sur le cœur et le système artériel; par M. BIZOT. Mémoires sur l'orchite blennorrhagique; par M. MARC D'ESPINE, 1 vol. in-8°. Prix : 8 fr. Paris, CIOCHARD, libraire.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE.

—

Séance du 13 *décembre* 1836.

Empyème. — Suite de la discussion. — M. Piorry vient de faire de son côté quelques expériences dont il croit devoir informer l'Académie. C'est sur des lapins qu'il a expérimenté. A l'un, il a ouvert un côté de la poitrine, et la respiration a de suite été très-gênée; l'autre côté ayant été ouvert ensuite, et une canule placée entre les lèvres de l'incision, l'animal est mort asphyxié. M. Piorry a recherché la cause de ces résultats, si différents de ceux observés par M. Cruveilhier; il croit l'avoir trouvée. En effet, il a ouvert la poitrine d'un second lapin beaucoup plus bas que chez le premier, presque immédiatement au-dessus du diaphragme; il a vu ce muscle s'abaisser, puis s'élever de manière à fermer plus ou moins exactement l'ouverture des parois thoraciques, et l'animal n'a pas cessé de respirer assez librement. M. Piorry conclut que la hauteur à laquelle on incisera la poitrine fera varier ainsi les résultats de l'expérience; que, pratiquée vers la partie supérieure, elle sera mortelle, tandis que, pratiquée très-bas, elle gênera à peine la respiration.

M. Récamier revient sur les dangers de l'entrée de l'air dans la poitrine. Il ne pense pas qu'aucun instrument puisse l'empêcher. Les effets du contact de l'air sont surtout d'altérer des liquides épanchés, comme cela devient promptement manifeste par l'odeur fétide qu'ils exhalent, et le mouvement fébrile qui se déclare par suite de leur résorption. M. Récamier ne connaît pas de moyen plus sûr d'éviter et de détruire cette altération de la matière de l'épanchement, que de la remplacer par de l'eau injectée qui repousse l'air de la cavité des plèvres.

M. Sanson expose ainsi son opinion sur l'opération de l'empyème : 1° Pour lui, il y a indication de la pratiquer, toutes les fois qu'un épanchement est assez abondant pour menacer les malades de suffocation, quand, d'ailleurs, toutes les ressources de la thérapeutique ont été épuisées; 2° l'introduction de l'air n'a point la gravité qu'on lui suppose; elle est nécessaire pour l'expulsion du liquide épanché, de même que, quand on veut vider un tonneau, on ne se contente pas d'y faire un trou, mais on a soin d'y percer encore un *soupirail*, la pression de l'air étant nécessaire à la sortie du liquide; du reste, l'état sain ou malade de la plèvre rend le contact de l'air plus ou moins innocent; 3° sous le rapport du procédé opératoire, M. Sanson conseille une simple ponction si l'on suppose des adhérences, mais si la poitrine est amplement dilatée par un abondant épanchement, il ne faut pas hésiter à faire de larges incisions. Dans le cas où les adhérences ont peu d'étendue, on pourrait, par des ponctions successives, tenter d'obtenir l'expansion forcée du poumon; mais même alors, si l'état du malade ne change pas, il vaut mieux ouvrir largement le thorax, la présence de l'air dans les plèvres étant préférable à celle d'un liquide altéré et fétide. M. Sanson a souvent vu des hernies du poumon à la suite de plaies pénétrantes de poitrine, mais c'était quand ces plaies occupaient les parties déclitives. Il ne sait si les expériences qui viennent d'être faites sur les animaux ont fourni la même observation.

M. Cruveilhier répond qu'en effet il a constaté cette hernie des poumons dans les circonstances qu'indique M. Sanson.

M. Amussat soutient qu'il n'est pas nécessaire que les plaies de poitrine occupent la partie déclive pour que des hernies du poumon se forment; dans ses expériences sur les chiens et les chevaux, il a constaté qu'il suffisait pour cela que l'ouverture du thorax fût large. C'est dans l'expiration que le poumon fait saillie, entraîné par l'air qui tend à s'échapper de la poitrine. M. Amussat n'admet en aucun cas l'innocuité de l'air dans la cavité des plèvres; il considère sa présence comme extrêmement dangereuse. C'est un moyen dont il se sert pour achever les animaux qu'il soumet à ses recherches expérimentales, et il a remarqué que les animaux se couchent de préférence sur le côté qui a été ouvert; les parois thoraciques étant ainsi rapprochées du poumon, le vide est moindre dans la plèvre, et moins d'air y pénètre.

M. Cruveilhier rappelle ses dernières expériences, et ne pense pas qu'on puisse douter, après ce qu'il a dit, que toutes les précautions aient été prises par lui, pour que leurs résultats fussent aussi positifs que possible.

M. Bouillaud ne peut pas comprendre, quoi qu'on dise, qu'un animal puisse vivre avec la poitrine ouverte des deux côtés, si les incisions sont maintenues béantes. M. Bouillaud repousse ensuite le reproche que lui a fait M. Castel de n'avoir pas été fidèle dans le compte-rendu du Mémoire de M. Faure. Il n'a rien négligé pour être exact. A propos des attaques que M. Castel a encore dirigées contre la saignée coup sur coup, M. Bouillaud cite plusieurs cas qui prouvent que cette médication n'en poursuit pas moins ses succès, *suivant des lois aussi fixes, aussi constantes que celles qui régissent les corps physiques.*

M. Velpeau reprend une des assertions de M. Barthélemy, qui a dit que le sang épanché dans la plèvre se coagule, et que l'on ouvrira toujours inutilement le thorax pour l'en évacuer.

M. Velpeau reconnaît que d'abord ce n'est ni le premier ni le second jour, qu'il faut pratiquer la thoracenthèse; mais dix ou douze jours après, le sang a repris sa fluidité, et c'est alors qu'on peut opérer. D'un autre côté, le sang de l'homme est beaucoup moins prompt à se coaguler que celui des animaux. — Ce n'est qu'avec circonspection que l'on doit conclure, dans tous les cas, des animaux à l'homme. Ainsi la plèvre est difficilement enflammée chez les chiens. Pendant que M. Velpeau suivait l'hôpital de Tours, M. Bretonneau a fait des expériences dans le but d'étudier la sensibilité de cette membrane. Il a injecté dans la poitrine de plusieurs chiens du sang, de l'eau pure, puis de l'eau

tenant du sel en dissolution, et les animaux sont toujours sortis sains et saufs de cette expérience. M. Velpeau doute qu'elle ait un semblable résultat chez l'homme. L'entrée de l'air est-elle la source des accidents de l'opération de l'empyème? Les plaies pénétrantes de la poitrine ne sont pas très-rares. Cependant quand il n'y a ni hémorrhagie, ni lésion des poumons, ces plaies n'ont rien de très-grave. Il en est de même des plaies pénétrantes de l'abdomen. Le pneumothorax, enfin, est, aux yeux de M. Velpeau, une preuve que le contact de l'air est mieux supporté par les tissus qu'on ne le pense généralement. Pour ce qui est de la nécessité de l'entrée de l'air dans la poitrine pour la sortie du liquide épanché, et de la comparaison qu'a faite M. Sanson entre ce qui arrive ici et ce qui se passe quand on vide un tonneau, M. Velpeau fera une simple remarque, c'est que, quand on plonge un trois-quarts dans une cavité contenant un liquide, celui-ci s'écoule *instantanément* par la canule. — L'idée qu'a eue M. Récamier d'injecter, après la thoracenthèse, un liquide frais et pur dans la poitrine, pour remplacer un liquide altéré, n'est pas nouvelle; M. Velpeau l'a trouvée dans une thèse soutenue il y a quinze ans environ à la Faculté de Paris. On y voit que M. Billerey, de Grenoble, ayant pratiqué l'empyème, injecta une décoction de quinquina, méthode qui lui réussit plusieurs fois. M. Velpeau, ne craignant pas l'entrée de l'air, fait une large incision au thorax et à la partie déclive. — M. Lisfranc partage l'opinion qui admet que le contact de l'air a une influence différente dans le cas où la plèvre est saine et dans celui où elle est malade; ce contact peut être sans inconvénient dans le premier, il est très-dangereux dans le second. Quand le poumon pourra revenir facilement sur lui-même, on devra opérer par ponctions successives; s'il ne le peut, il faudra ouvrir largement pour que le liquide altéré de l'épanchement ne puisse séjourner. — M. Lisfranc a ouvert fréquemment des dépôts par congestion; quand l'inflammation s'emparait du foyer, il l'a toujours conjurée par une application de sangsues dont il couvre les parois. Il pense que ce moyen devrait être tenté dans le cas d'empyème. — M. Castel persiste à dire que M. Faure a été sévèrement traité dans le rapport sur son mémoire. Il lit quelques extraits de ce mémoire, pour prouver que ce médecin n'avait négligé aucun moyen thérapeutique qui ait pu le dispenser de pratiquer l'empyème. — M. Bouillaud réitère ses protestations. — M. Double se proposait de résumer la discussion, mais elle s'est tellement chargée de questions étrangères au point de départ, qu'il y renonce. Un seul point fixe actuellement son attention, c'est celui qui a trait à la manière dont il convient d'évacuer l'épanchement pleurétique, point sur lequel M. Cruveilhier avait d'abord appelé l'examen de l'Académie. Faut-il évacuer le liquide tout à coup, ou progressivement? M. Roux, dit M. Double, pense que nul de nous n'a une expérience suffisante pour trancher la question; mais ne faut-il donc pas, dans les sciences, tenir compte de ce qu'ont fait nos prédécesseurs. M. Double cite un passage d'Hippocrate où il est dit : « Ceux qui ont du » pus ou de la sérosité dans la cavité de la poitrine, » périssent tout à coup si on évacue le liquide tout à » coup. » — Si Hippocrate s'est aussi formellement exprimé, il est à supposer que c'est d'après des observations assez multipliées. D'autre part, si on réfléchit que les anciens éloignaient le plus possible les opérations chirurgicales, il est bien à croire que les cas qu'a signalés Hippocrate doivent appartenir aux épanchements chroniques. Le jugement d'Hippocrate, relativement à l'empyème, se trouve répété à l'école de Hall, en 1721. M. Double aime mieux asseoir ses opinions sur cinquante faits fournis par vingt-cinq observateurs que par un seul; il croit donc que lorsque l'empyème est aigu, il faut évacuer tout à coup la poitrine, mais que, si l'empyème est chronique, il ne faut évacuer que successivement. Telle était la pratique de Boyer. M. Rochoux répète ce qu'il a dit dans une séance précédente. Il cite le fait rapporté par Galien, d'un homme affecté d'un épanchement dans la poitrine, et qui, cherchant la mort au milieu d'un combat, reçut une blessure qui livra issue complète au liquide pleurétique, et guérit.

Séance du 20 décembre.

Laryngotomie. — M. Sédillot présente le larynx d'un homme qui a subi l'opération de la laryngotomie, et a survécu trente six jours à l'opération. Ce larynx offre, outre plusieurs ulcérations de la muqueuse, une ossification avec nécrose des cartilages thyroïde et cricoïde. Il n'y avait point de tubercules dans les poumons.

Séance du 27 décembre.

Choléra de Naples. — La complication vermineuse a fixé, comme on sait, l'attention des médecins de Naples. M. Lobert, de Marseille, fait part à ce propos d'une lettre de M. Chevalley de Rivaz médecin attaché à l'ambassade française. M. Chevalley de Rivaz signale de nouveau la présence des vers dans l'intestin des cholériques; mais la plupart appartiennent, non au genre des trichocéphales, mais bien à celui des lombries. Un fait encore assez remarquable, c'est que beaucoup de personnes que le choléra n'a point atteintes ont présenté l'affection vermineuse. 8,672 individus ont été frappés par l'épidémie du 2 octobre au 4 décembre; 4,687 sont morts. Sur ce nombre on trouve 294 militaires, dont 121 ont succombé.

Affections syphilitiques. Note de M. Ricord, sur les différences à admettre entre le chancre et la blennorrhagie. — La note de M. Ricord a trait à une question sur laquelle les praticiens sont loin de s'accorder. L'écoulement blennorrhagique et le chancre sont-ils de nature identique? dérivent-ils de la même source? Pour répondre, M. Ricord a eu recours à l'expérience et à l'observation directe. L'inoculation du pus du chancre a constamment reproduit un chancre : l'inoculation du pus de la blennorrhagie, pris sur la surface de la muqueuse non ulcérée, n'a jamais produit de chancre. Cependant il est incontestable que dans les communications sexuelles, la blennorrhagie a souvent eu cette conséquence; mais alors, dit M. Ricord, des chancres existaient certainement dans le canal de l'urètre, si c'est chez un homme que la blennorrhagie existait, et chez la femme, les ulcérations du vagin n'échapperont jamais, dans ces cas, à l'examen attentif avec le spéculum. Depuis les travaux de Hunter, les ulcérations de la muqueuse uréthrale ont de plus en plus été mises en doute dans la blennorrhagie, et beaucoup de médecins ne les admettent pas. M. Ricord les a souvent constatées, et présente à l'Académie une pièce anatomique qui en révèle

la réalité. Cette pièce a été prise sur le cadavre d'un jeune homme de 17 ans, mort avec un écoulement très-intense, et une incontinence d'urine qui s'est déclarée dans les derniers temps de la vie. La partie spongieuse de l'urètre est manifestement érodée, et depuis le bulbe jusqu'au col de la vessie et dans l'intérieur même de cet organe, on voit un vaste chancre phagédénique qui a creusé même l'épaisseur de la prostate.

Inoculation de la morphine avec la lancette.—M. Lafargue, de St.-Émilion, a inoculé la morphine et ses sels avec la lancette, comme le virus vaccin. M. Lafargue croit non-seulement que ce moyen peut remplacer avantageusement tous les procédés habituels de la méthode endermique, mais de plus les phénomènes locaux qu'il a constatés lui paraissent si constants et si spéciaux, qu'il pense qu'ils peuvent suppléer aux recherches chimiques les plus sûres pour éclairer le médecin légiste. Une minute et demie après la piqûre, M. Lafargue a vu poindre une papule et une aréole rosée d'abord, peu étendue et mal circonscrite; au bout d'un quart-d'heure, la papule et l'aréole s'étaient considérablement agrandies; la papule avait de trois à quatre lignes de largeur sur une d'épaisseur; l'aréole plus d'un pouce. Après une heure, la papule s'affaissait sensiblement, et l'aréole pâlissait déjà. Toutefois ce n'est que dans l'intervalle de 24 heures que tout avait disparu. M. Martin Solon, rapporteur, a répété les expériences de M. Lafargue. Il admet avec celui-ci que l'inoculation de la morphine avec la lancette peut être un bon moyen de la méthode endermique, mais il est loin de partager l'opinion qu'on puisse substituer l'observation de ses phénomènes locaux aux investigations chimiques dans les recherches médico-légales.

Séance du 4 janvier 1837.

Vaccinations. — Jusqu'à ce jour, les vaccinations de l'homme aux animaux, autres que la vache, avaient eu des résultats ou nuls ou douteux. M. Gérard vient de faire des expériences nouvelles qui ont eu un succès remarquable sur des moutons. Six de ces animaux ont été inoculés avec le fluide vaccin, en même temps que trois dindons. Pour ceux-ci l'opération n'a eu aucun effet, mais les six moutons ont présenté des pustules d'abord petites et peu régulières; le fluide qu'elles ont fourni, transmis à d'autres moutons, a donné des boutons plus beaux; enfin une troisième génération a développé des boutons en tout semblables à l'éruption vaccinale de l'homme la plus parfaite. La vaccination préservera-t-elle les moutons du claveau qui leur est si funeste? M. Gérard se propose de suivre cette expérimentation. Déjà même un fait permet quelques espérances à cet égard. Ainsi M. Gérardin n'a rien obtenu d'une revaccination sur des moutons, inoculés une première fois avec succès. Un jeune enfant a reçu sur un de ses bras du vaccin de mouton, et sur l'autre du vaccin ordinaire, les boutons qui ont surgi n'offraient aucune différence.

Introduction de l'air dans la cavité des plèvres. — Dans la discussion sur l'empyème, soulevée à l'Académie, ce qui a frappé particulièrement l'attention, c'est la dissidence des opinions sur les effets de la présence de l'air dans la cavité des plèvres, et notamment la différence des résultats des expériences de MM. Amussat et Cruveilhier. Ces deux honorables membres se sont réunis pour refaire en commun leurs expériences. M. Cruveilhier déclare qu'il s'est convaincu que M. Amussat avait raison quand il a soutenu que la libre entrée de l'air dans les deux côtés de la poitrine à la fois, était promptement mortelle. Le thorax a été ouvert des deux côtés sur un chien, et la double plaie maintenue béante avec un tube à trachéotomie. La mort a eu lieu en cinq minutes. — La conclusion de M. Cruveilhier est que, dans les expériences qu'il avait faites, l'entrée de l'air n'avait été qu'intermittente, cas dans lequel les accidents sont médiocres, tandis que si cette entrée de l'air est continue, elle amène inévitablement l'asphyxie.

Séance du 10 *janvier.*

Greffe animale.—Le doute le plus prononcé est toujours prêt à accueillir toute l'histoire de *greffe animale.* Un membre de l'Académie peut en fournir sur lui-même un exemple incontestable. Ce médecin, M. G*** repassant son rasoir sur sa main, s'emporta entièrement la pulpe d'un doigt; le morceau tomba à terre. L'ayant relevé et réappliqué, M. G*** alla trouver son collègue M. Velpeau, qui, en défaisant le bandage, laissa de nouveau tomber le morceau de pulpe entraîné par les pièces de linge qui l'assujettissaient. M. Velpeau ne l'en appliqua pas moins de nouveau en le fixant solidement avec des bandelettes. Déjà une heure et demie s'était écoulée depuis l'accident. La réunion a été complète et rapide. La pulpe du doigt a repris sa forme, mais elle est demeurée insensible. Même fait est arrivé à M. J. Cloquet, dans des circonstances en tout semblables.

Grossesse quadruple : rapport de M. Capuron. — Cette observation, recueillie par M. Pecot, de Besançon, a pour sujet une dame de 36 ans parvenue au terme d'une quatrième grossesse, et qui déjà en avait eu une double. Le travail ne faisant pas de progrès, malgré les douleurs, M. Pecot eut recours à l'administration du seigle ergoté. Au bout d'une heure et demie, un enfant vint au monde par la tête. Le ventre n'ayant pas diminué de saillie, M. Pecot introduisit la main dans l'utérus, et reconnut plusieurs poches contenant chacune un fœtus. Il saisit le mieux disposé et l'attira par le siége. L'extraction fut prompte et facile. —Un troisième enfant sortit immédiatement après par les seuls efforts de la mère. Enfin M. Pecot alla ouvrir une dernière poche, et amena encore par le siége un quatrième enfant. Le tout a été terminé en moins d'un quart-d'heure, ce que M. Pecot attribue à la bonne conformation du bassin, à la laxité des parties sexuelles et à la petitesse des enfants. Le plus long et le plus lourd avait 15 pouces un tiers, et pesait 3 livres et demie. Le volume de la masse placentaire exigea une délivrance artificielle. Aucune démarcation n'était sensible à la face utérine, mais à la face fœtale l'implantation des quatre cordons, et l'insertion isolée des membranes correspondantes, étaient parfaitement distinctes. L'injection d'air, de cire et de mercure a également démontré l'indépendance vasculaire des quatre placentas, malgré leur intime jonction. La grande distension qu'avait subie l'utérus n'a pas permis de suite son retrait complet; des caillots s'étant accumulés, il en est résulté des coliques et bientôt de nouveaux efforts d'expulsion et une hémorrhagie assez abondante, que M. Pecot a aussitôt arrêtée en vidant l'utérus du sang coagulé et altéré qui y séjournait. Aucun accident n'est venu en-

suite traverser le rétablissement qui a été prompt. — Les quatre enfants sont morts, trois du quatrième au cinquième jour. Un seul a résisté pendant vingt-quatre jours. Celui-ci avait été confié à une nourrice. M. Pecot pense qu'avec beaucoup de soins, et moyennant l'allaitement, on eût pu peut-être les conserver tous. »

Les réflexions de M. Capuron et la discussion qui s'en est suivie ont eu trait aux questions suivantes : l'administration du seigle ergoté était-elle opportune ? Convenait-il, après la venue naturelle du premier enfant et du troisième, d'aller chercher les autres dans l'utérus ? Enfin l'opinion de M. Pecot, *qu'à l'aide des soins actifs et de l'allaitement* on eût pu conserver les quatre jumeaux, est-elle admissible ? M. Capuron se prononce négativement sur tous les chefs. Ennemi déclaré du seigle ergoté, l'honorable rapporteur le voit surtout contr'indiqué ici, puisque les parties étaient bien préparées, les douleurs vives, etc. La marche du travail étant bien régulière, M. Capuron ne voit pas ce qui a pu déterminer M. Pecot à ouvrir les poches des eaux, et à opérer manuellement la sortie des fœtus. Pour ce qui est de la viabilité des quatre jumeaux, l'histoire de ces sortes d'accouchements, dit M. Capuron, est là pour témoigner que toujours les enfants sont morts. — Plusieurs membres de l'Académie sont loin de partager les opinions du rapporteur. C'est ainsi que M. Larrey a vu dans un voyage en Angleterre avec son fils, dans la principauté de Galles, quatre jumelles âgées de 11 à 12 ans, d'une ressemblance telle, que leur mère, pour les reconnaître, leur attachait un ruban au bras. — M. Moreau est tout à fait d'avis aussi, que si les trijumeaux et quadrijumeaux ne vivent pas habituellement, c'est qu'ils sont victimes du préjugé qui les condamne à mort, et qui empêche qu'on leur donne les soins convenables. M. Moreau ajoute encore, en réponse à la critique de M. Capuron, qui condamne M. Pecot père d'avoir pratiqué l'extraction manuelle de deux des enfants, que Baudelocque a dit positivement que dans ces cas, ceux qui, après la sortie du premier enfant, abandonnent les autres dans le sein de leur mère, font preuve d'impéritie ou d'ignorance.

Séance du 17 janvier.

Influence des climats sur la phthisie. — M. Louis, au nom de la commission chargée de rédiger l'instruction qui doit diriger les recherches propres à éclairer cette question, soulevée par une proposition du Dr Costallat, lit le travail qui a été adopté et dont voici les principaux résultats : 1° La phthisie étant définie : » une maladie qui conduit au marasme par une série de phénomènes d'épuisement, et qui laisse pour traces des tubercules au milieu des poumons », le premier fait à établir, c'est l'existence de ces tubercules, recherche toute anatomique. Quoique l'instruction ne parle que de la lésion des poumons, les observateurs ne devront point négliger l'examen du larynx, de la trachée, du foie et du tube digestif. 2° Relativement à l'influence du climat, il faut s'appliquer à constater d'abord la plus ou moins grande fréquence de la maladie dans les divers lieux, puis sa marche plus ou moins rapide : sous ce dernier point de vue, il importe beaucoup de ne pas se fier au rapport des malades ; et de n'établir la fixation du début du mal que d'après les données fournies par un interrogatoire très-circonstancié sur les troubles qu'a éprouvés successivement la santé. On signalera avec une égale attention le chiffre de la mortalité et celui des guérisons, s'il y en a. Après cette étude de la maladie et des malades, viendra celle du climat, qui comprend l'appréciation de la latitude et de la longitude, de la température et des variations de l'atmosphère, etc. Les vieillards sont exclus des tableaux statistiques où doivent figurer les sujets des observations recueillies, les phthisies chez eux n'étant qu'un cas rare et exceptionnel,

Le travail de M. Louis a été l'objet de diverses remarques. MM. Cruveilhier et Ferrus ont surtout insisté sur ce fait que les vieillards présentent des tubercules pulmonaires beaucoup plus fréquemment qu'on ne pense ; tout en avouant que le plus souvent ces lésions organiques restent stationnaires, leur existence n'en est pas moins en rapport avec l'élément *essentiel* de la définition de la phthisie. A ce propos M. Cruveilhier émet cette proposition, c'est que les tubercules primitifs ne sont point ceux qui amènent l'épuisement de la phthisie, ce ne sont que les secondes et troisièmes explosions qui tuent les malades, et ce serait un grand pas fait vers la découverte de la guérison de cette maladie que celle des *lieux* sous l'influence desquels la génération des tubercules serait ainsi arrêtée. — M. Husson voudrait qu'on retranchât de l'instruction, la partie qui met en doute la possibilité de la guérison de la phthisie. Cette déclaration est capable d'effrayer beaucoup, et d'ailleurs il n'est pas douteux que la phthisie puisse guérir. M. Cruveilhier d'après cette dernière considération, appuie M. Husson ; il connaît une femme qui a présenté les signes les plus positifs d'une énorme caverne au sommet du poumon droit, et qui a recouvré la santé la plus parfaite. M. Louis adhère à la suppression demandée : après quoi, le rapport mis aux voix est adopté.

Médecine des Arabes. — Rapport de M. Duméril, sur un voyage de M. Baudouin dans l'intérieur de l'Afrique. M. Baudouin, enlevé en 1832 par des Arabes aux environs d'Alger et conduit au milieu des déserts, est devenu, après s'être fait musulman et marié, l'esclave d'un marabout qu'il a accompagné dans le pays des dattes. Voici sous le rapport médical ce qu'il a observé : — Les engorgements articulaires et le framboesia de M. Alibert sont très-fréquents chez les Arabes. L'ophthalmie est si commune que presque tous les habitants en sont atteints. L'inoculation de la variole remonte à une époque immémoriale. Le traitement des fractures se rapproche beaucoup de la méthode de M. Larrey ; ainsi le membre est enveloppé de filasse, de chiffons, le tout recouvert d'un mortier fait avec de la terre argileuse et du blanc d'œuf. Les fièvres intermittentes existent partout où il y a des marais. Enfin une remarque très-singulière, c'est que le pica qui porte à manger la terre est on peut dire endémique ; il y a même certaines terres friandes, qui se mangent en place publique.

Réduction d'une hernie : — Rapport fait par M. Larrey, sur des observations de chirurgie communiquées par M. Delaporte. La plus intéressante de ces observations est celle d'une hernie d'abord irréductible, et que ce chirurgien est parvenu à faire rentrer après l'application d'une ventouse aux environs de l'anneau.

Séance du 24 janvier.

Cette séance a été remplie en grande partie par la

lecture d'un mémoire de M. Planche, sur la fécule de sagou.

Hypospadias. — MM. Velpeau et Moreau rendent un compte verbal sur le prétendu hermaphrodite qu'on voit à l'Hôtel-Dieu, dans les salles de M. Bally. Il s'agit d'un simple cas d'hypospadias, mais considérable et fort remarquable sous ce rapport. — L'individu porteur de cette infirmité est allemand d'origine, et âgé de 36 ans environ. Le scrotum profondément divisé forme deux reliefs latéraux contenant les testicules; une division profonde les sépare et conduit à un canal dans lequel le doigt indicateur pénètre à la profondeur de plus de deux pouces. Là il est arrêté par un cul-de-sac; mais il est facile de sentir en avant que le canal se prolonge encore en se retrécissant : une sonde dirigée dans ce sens est arrivée dans une cavité large, d'où est sorti un liquide qu'on a pu reconnaître aisément pour de l'urine. A la partie supérieure de la division du scrotum est un corps saillant d'un demi pouce, et qui a la figure d'un gland ; son volume est celui de la verge d'un jeune homme de quatorze à quinze ans. Cet individu a eu des rapports avec des hommes ; il a essayé d'exercer le coït avec des femmes, mais il n'avait pu y parvenir à cause de l'exiguité de ses parties copulatrices. Du reste il y a des éjaculations d'un véritable sperme qui s'écoule par la longue fente qui divise la paroi inférieure de l'urètre et qui simule un vagin.

Extraction d'une dent pendant un sommeil magnétique. — Un journal médical avait mentionné le fait de l'extraction d'une dent pendant un sommeil magnétique, chez une dame de 25 ans, faible et d'une impressionnabilité si grande, que la moindre cause déterminait chez elle des palpitations et des défaillances. M. Oudet, membre de l'Académie, et qui a été l'opérateur, est interpellé sur ce fait. M. Oudet dit, en effet, avoir fait l'extraction d'une dent grosse molaire cariée chez une dame qui paraissait plongée dans un sommeil profond ; que cette opération n'a causé ou n'a semblé causer aucune douleur : du moins, elle n'en a manifesté extérieurement aucun signe, et à son réveil elle a paru étonnée de la question qui lui était faite, pour savoir d'elle si elle avait souffert, pensant avoir encore sa dent. Du reste, l'opérateur, se tenant dans la réserve relativement aux inductions qu'on peut tirer, n'expose et n'affirme que le fait matériel lui-même. Cette communication a provoqué de la part d'un grand nombre d'académiciens, d'énergiques protestations contre le magnétisme animal.

ACADÉMIE ROYALE DES SCIENCES.

—

Séance du 5 décembre 1836.

Opération de la cataracte. — M. Roux lit un rapport sur un mémoire de M. Maunoir, de Genève, ayant pour titre : *Mémoire sur les causes de non-succès dans l'opération de la cataracte, et sur les moyens d'y remédier.*

La cataracte, c'est la cécité produite par l'opacité du cristallin ou de sa capsule. L'opération qu'elle comporte consiste, soit à faire sortir de l'œil, soit à broyer le cristallin qui, par son opacité, intercepte le passage de la lumière au delà de la pupille. Heureux les malades chez lesquels les deux yeux étant soumis ensemble ou successivement à l'opération, il y a réussite d'un côté. La vision peut encore être claire et distincte ; la force de la vue et la portée de ce sens n'exigent pas absolument le concours des deux organes que la nature y a affectés. Nous voyons bien avec un seul œil ; seulement le champ de la vision est moins étendu qu'avec les deux. Mais, sans qu'il advienne aucun de ces désordres physiques que l'inflammation fait naître si souvent, il se peut encore que la vision ne se rétablisse pas après l'opération de la cataracte la plus heureuse. Que, par exemple, on y ait procédé par extraction ; la plaie de la cornée se réunit, l'humeur aqueuse se reproduit, la pupille conserve sa forme naturelle, le corps vitré reste diaphane; en un mot, il n'existe aucun obstacle au passage de la lumière; l'œil distingue parfaitement la clarté d'avec les ténèbres, il reçoit même l'impression des couleurs ; cependant la vision est abolie, l'image des choses extérieures ne se trace plus sur la rétine, il n'y a plus perception des objets. C'est probabement qu'alors le corps vitré n'est pas devenu convexe en avant, comme cela doit être pour qu'il puisse suppléer au cristallin qui n'est plus, et qu'alors aussi il y a divergence extrême, et non plus convergence des rayons lumineux. M. Maunoir ne paraît redouter que l'inflammation et ses effets immédiats consécutivement à l'opération de la cataracte. Il paraît croire aussi que cette inflammation dépend toujours de circonstances éventuelles.

M. Maunoir a adopté comme méthode générale l'opération de la cataracte par la méthode dite extraction. M. Maunoir considère comme une circonstance qui peut causer de graves accidents, que le lambeau de la cornée comprenne et dépasse la moitié de la circonférence de cette membrane. Suivant lui, un tel lambeau doit bientôt tomber en gangrène, parce qu'il ne reçoit plus, par sa base trop étroite, assez d'éléments de vie. C'est ainsi qu'il explique le boursoufflement avec opacité de la cornée, toujours accompagné d'une inflammation violente, laquelle succède fréquemment à l'opération pratiquée avec le plus de bonheur en apparence, opinion dont le blâme M. le rapporteur, qui dit qu'on observe ce mode de transformation après l'abaissement comme après l'extraction ; et dans cette dernière, après des incisions trop petites, comme après des incisions plus grandes ; et la preuve enfin qu'il n'y a pas gangrène de la cornée, c'est que cette membrane ne s'exfolie pas. Il n'y a pas non plus autant de danger que le pense M. Maunoir, à ce que la membrane hyaloïde étant rompue, il y ait issue d'une quantité même un peu considérable de l'humeur vitrée, ni, non plus, à ce que l'iris soit entamé plus ou moins profondément, quand il vient se présenter sous le tranchant du kératotome, au moment où l'on fait l'incision de la cornée, ou bien à l'instant où l'on se dispose à ouvrir la capsule du cristallin.

L'expérience apprend que souvent l'humeur vitrée se reproduit, et le plus souvent aussi une incision avec ou sans perte de substance, faite à l'iris, n'a d'autre résultat qu'une légère déformation de la pupille ; M. Roux pense même que, s'il était possible de prévoir et de maîtriser les événements à venir, ce pourrait être un avantage, dans certains cas, de faire naître à dessein l'une des circonstances dont il s'agit. Mais après l'abaissement comme après l'extraction, il faut s'attendre à des revers dans les circonstances même les plus favorables. M. le rapporteur les énumère et exprime le regret que

M. Maunoir n'ait pas joint à son mémoire un relevé statistique des faits, il eût ainsi légitimé la préférence qu'il accorde à l'extraction, comme méthode générale. C'est en effet, ajoute-t-il, une question encore vivement controversée, et qui partage les chirurgiens les plus habiles, que celle de la valeur relative de l'extraction et de l'abaissement pour l'opération de la cataracte. Il est vraisemblable cependant que la supériorité de l'extraction sur l'abaissement sera généralement reconnue. Le nombre des opérations de cataractes pratiquées par M. Roux, s'élève à près de 5,000. Voyons maintenant dans quel rapport ont été les succès et les revers par la méthode de l'extraction ou par celle de l'abaissement. Or, M. Roux déclare qu'il a trouvé, à diverses reprises, des résultats exactement semblables. Cependant il n'hésite point à préférer l'extraction. Il termine en disant que, nonobstant quelques lacunes, nonobstant quelques vues et quelques préceptes dont la valeur peut être contestée, le mémoire de M. Maunoir est riche de considérations utiles, et paraît digne de l'approbation de l'Académie. Les commissaires désirent qu'il en soit adressé des remercîments à l'auteur, en invitant M. Maunoir de continuer à faire part de ses travaux à l'Académie.

Séance du 19.

Structure de la peau. — M. Flourens lit le résultat des recherches qu'il a faites sur le corps muqueux de la peau chez l'Américain, le nègre et le mulâtre. Suivant cet anatomiste, il existe entre le derme et l'épiderme, et sans compter le *corps papillaire*, qui sera l'objet d'un mémoire particulier, quatre couches distinctes : une première de nature celluleuse et disposée par mailles ou en réseau, est placée sur le derme ; une seconde, continue et ayant l'aspect des muqueuses ordinaires, porte le *pigmentum;* sa face interne est hérissée de prolongements qui traversent la couche celluleuse et vont se fixer au derme ; le *pigmentum* lui-même, simple enduit, recouvert par une quatrième couche ou troisième membrane qui la sépare de l'épiderme, et dont elle forme la lame interne : de celle-ci partent des prolongements pareils à ceux de la membrane du *pigmentum*, et qui fixent l'épiderme de cette membrane. Toutes les lames qui constituent le corps muqueux des trois races colorées indiquées ci-dessus, sont isolées par la macération. On connaît les divers effets connus des vésicatoires et des blessures sur la peau des races colorées, le vésicatoire n'enlevant que les deux épidermes, le *pigmentum* subsiste, ce *pigmentum* enlevé, il se reproduit si la membrane qui le sécrète n'est pas altérée ; enfin cette membrane étant enlevée, le *pigmentum* ne peut plus se reproduire, et la cicatrice qui succède à la blessure est blanche. — En traitant par le même procédé, la macération, la peau de l'homme de race blanche, M. Flourens a constaté que l'épiderme du blanc est double, comme celui des races colorées, et a les mêmes prolongements internes qui servent également à se fixer au derme et à former la gaîne des poils. Mais ces deux épidermes sont, dit l'auteur, tout ce que j'ai pu voir. Soit que l'appareil muqueux proprement dit des races colorées manque à la race blanche, soit que, dans la race blanche, la macération doive être différemment conduite, je n'ai pu parvenir à découvrir entre le derme et l'épiderme extérieur du blanc, d'autre lame ou membrane que la lame de l'épiderme interne dont il a été question. — Dans un autre mémoire, M. Flourens examinera les autres éléments constitutifs de la peau.

Chenilles qui ont vécu dans l'intestin humain. — M. Duméril fait, en son nom et en celui de M. de Blainville, un rapport sur un mémoire de M. Robineau Desvoidy, relatif à un fait de ce genre. Une femme de 57 ans était affectée d'une hydropisie du bas-ventre. Un jour qu'on lui avait administré six gouttes d'huile de croton tiglium, on reconnut, dans les matières rejetées par le vomissement, d'abord quatre chenilles vivantes, et ensuite dix autres semblables. Quatre de ces chenilles ont été envoyées par M. Desvoidy à l'Académie. — Ce naturaliste a parfaitement reconnu l'identité de ces chenilles avec celles qui proviennent d'une espèce de phalène désignée par Linnée sous le nom de *Pyralis pinguinalis* (*Aglossa*, de Latreille). Il suppose que des œufs d'aglosse auront été déposés dans des matières graisseuses alimentaires, et introduites avec elles dans la cavité digestive ; que là ils ont donné naissance à des larves qui se sont nourries et ont subi dans l'intérieur de ces organes plusieurs mues. D'après les détails donnés par l'auteur du mémoire, il n'est guères permis de douter que les chenilles en question, si elles ne sont pas nées dans l'intérieur des intestins, n'y aient séjourné quelque temps et n'en soient sorties vivantes. — Les commissaires donnent ensuite quelques détails sur des faits relatifs aux mêmes insectes contenus dans divers ouvrages d'entomologie (Mém. de Rolander, dans les *Actes de Stocholm pour* 1751. — Linnée, dans sa *Faune de Suède.* — Gmelin, dans l'édit. du *Systema naturæ.* — Degeer, dans ses mémoires. — Duponchel, dans son ouvrage *sur les Lépidoptères de France*). — En dernière analyse, disent les commissaires, nous pensons que les chenilles de l'*aglossa pinguinalis* peuvent être introduites en dehors avec les aliments gras dans la cavité de l'estomac de l'homme, qu'elles ont la faculté d'y rester vivantes pendant un certain temps, mais que c'est un cas tout à fait fortuit, et que rien ne prouve que ces insectes soient de véritables animaux parasites.

Séance du 26.

— *Température des tissus et des liquides animaux.* — M. Becquerel lit le résultat de recherches sur ce sujet, qui lui sont communes avec M. Breschet.

La production de la chaleur propre aux animaux, et sa conservation à un même degré, quelle que soit la température du milieu dans lesquels ils sont plongés, est un de ces phénomènes qui ont toujours attiré l'attention et souvent provoqué les expériences des physiologistes. MM. Breschet et Becquerel ont pensé que l'usage d'appareils plus délicats que ceux qu'avaient employés leurs prédécesseurs, leur permettrait d'arriver plus loin. Le travail qu'ils présentent aujourd'hui n'est relatif qu'à quelques parties de la question ; les autres seront successivement exposées. Dans une précédente communication, ils avaient exposé les résultats obtenus relativement à la température des tissus animaux. Aujourd'hui ils font connaître ceux qu'ils ont obtenus dans des expériences sur la température du sang.

D'après la manière dont avaient été faites les premières expériences des deux académiciens, il fallait que les suivantes fussent répétées dans les vallées et sur les plus hautes montagnes, afin de voir si les résultats ne

variaient pas suivant la densité de l'air. Ils ont fait en conséquence des expériences comparatives à Martigny, en Valais, dans la vallée du Rhône, et à l'hospice du Grand-Saint-Bernard. Des essais préliminaires leur avaient montré que la sensibilité du multiplicateur thermo-électrique dont ils faisaient usage, était telle, qu'un degré de déviation de l'aiguille aimantée correspondait à 0,11 de température centigrade; les indications données par cet instrument leur ont montré qu'il n'existe aucune différence sensible entre la température des muscles de l'homme et ceux du chien, soit qu'on l'observe dans la vallée du Rhône, soit qu'on l'observe au Grand-Saint-Bernard, et que le séjour d'un homme pendant quelques années dans les hautes régions des Alpes, n'a pas modifié d'une manière appréciable aux appareils employés la température de ses muscles.

Jusqu'ici on a fait peu d'expériences pour reconnaître la différence qui existe entre la température du sang artériel et celle du sang veineux; les plus connues sont celles de John Davy. Les deux auteurs rappellent le procédé qu'employait l'expérimentateur anglais, et font ensuite connaître celui auquel ils ont eu recours. Davy avait trouvé pour moyenne de la différence entre les deux sangs dans des expériences faites sur les ruminants, 0 degré 78 centièmes. MM. Becquerel et Breschet, dont le mode d'expérimentation a l'avantage de ne point désorganiser les vaisseaux, ont trouvé chez le chien la moyenne de cette différence égale à 1 degré 1 centième.

Les mêmes observateurs ont essayé de déterminer les variations de température qui ont eu lieu dans un même sytsème vasculaire, artériel ou veineux, à mesure qu'on s'éloigne du cœur; les résultats obtenus présentent une très-faible différence en faveur des parties les plus rapprochées du cœur. Ces expériences ont été faites sur des chiens; les auteurs se proposent de les répéter sur de plus grands animaux.

Séance du 4 Janvier 1837.

Substance encéphaloïde (Globules et cristaux de la). — M. Gluge adresse les résultats des observations qu'il a faites sur la matière liquide de ce tissu. Cette matière, qui a la consistance d'un pus phlegmoneux, se compose en grande partie de globules d'une forme sensiblement sphérique, et dont les petits sont plus grands que les globules de pus. Leur surface est inégale. On les trouve non-seulement dans les tissus encéphaloïde même de l'organe affecté, mais encore dans des parties voisines, et qui paraissent encore saines. Outre ces corps globuleux, les tissus encéphaloïdes contiennent quelquefois en assez grand nombre des cristaux très-distincts, de forme et de grandeur différentes. M. Gluge en a trouvés qui avaient 0, 12 millimètres en diamètre; il pense que ces cristaux ne se forment peut-être qu'après la mort. Du reste, ajoute-t-il, ces cristaux sont un produit pathologique plus fréquent qu'on ne le pense communément; j'ai trouvé, par exemple, que les concrétions articulaires de la goutte contiennent des cristaux très-nombreux dans une matière formée par l'exsudation.

Séance du 23.

Mouvement des artères (Mécanisme du). — M. Flourens communique les résultats de ses expériences sur ce sujet. Après avoir fait l'historique des travaux relatifs à ce point de physiologie, il montre que l'opinion de Harvey sur la *cause physique* du mouvement des artères, n'a reçu aucune atteinte des expériences de Lamure, expériences mal conçues et mal interprétées. La question relative au mode selon lequel se meuvent les artères n'est pas, à beaucoup près, aussi simple que la première; les divergences des auteurs sur ce point suffiraient seules pour le prouver. Selon Galien, le *battement* des artères, *le pouls*, n'est que l'effet de leur *diastole* et de leur *systole*, ou de leur dilatation et de leur resserrement successifs. Harvey ne voit de même le battement de l'artère que dans le jeu alternatif par lequel ses parois se dilatent et se resserrent. Weitbrecht, le premier, le voit dans la *locomotion* ou mouvement en masse de l'artère; Lamure dans son *soulèvement*, Artaud dans le *redressement de ses angles*. M. Flourens rappelle les expériences sur lesquelles chacun de ces auteurs appuie son opinion, montre à quelles objections elles sont sujettes, et est ainsi amené à reconnaître que la solution de cette question exige la détermination expérimentale de chacun des divers éléments qui concourent au mouvement total de l'artère, tel que la dilatation, la locomotion, et que le premier point est de s'assurer du nombre et de la nature de ces éléments.

Dilatation des artères. — Il s'agissait d'abord de constater si l'artère se dilate et se resserre alternativement quand elle se meut. Depuis Bichat, qui pensait que la dilatation et le resserrement des artères sont peu de chose, et sont même presque nuls dans l'état ordinaire, que la cause spéciale du pouls est dans la locomotion de l'artère, presque tous les physiologistes joignent la dilatation à la locomotion pour expliquer le pouls, le battement des artères. De nos jours, M. Magendie a tenté de nouveau et avec succès de constater directement la dilatation des artères, et M. Poiseuille a imaginé un instrument qui la lui a démontré être réelle, mais à un faible degré. De son côté, M. Flourens est parvenu à la démonstration de la dilatation de l'artère par un procédé particulier. Il fallait un appareil qui se mût avec l'artère sans changer de forme, ou dont la forme ne fût affectée que par la seule dilatation. Dans cette vue, l'auteur a fait fabriquer une lame d'acier à ressort de montre très-mince; il a fait faire avec cette lame de petits anneaux brisés, qui, embrassant exactement et tout juste les artères autour desquels il les appliquait, venaient aboutir l'un à l'autre. On conçoit que ces anneaux ayant assez de flexibilité pour céder au moindre effort, et assez de ressort pour revenir aussitôt sur eux-mêmes, l'effort cessant, la moindre dilatation de l'artère devait les ouvrir, et qu'ils devaient se fermer à son moindre resserrement, etc. Ayant placé un de ces anneaux à branches mobiles autour de l'aorte abdominale d'un lapin, M. Flourens vit aussitôt les deux bouts de l'anneau s'écarter et se toucher, ou s'ouvrir et se fermer alternativement. Il a répété ces expériences sur plusieurs lapins, et constamment il a vu l'anneau à branches mobiles accuser et traduire à l'œil, par le rapprochement et l'écartement alternatifs et ses bouts, la dilatation et le resserrement alternatifs de l'artère. La dilatation est donc un des éléments du mouvement des artères. Est-elle le seul?

Locomotion des artères. — A chaque angle, à chaque flexuosité, à chaque courbure des artères, il se fait un mouvement de soulèvement ou de redressement très-visible à l'œil nu, surtout au mésentère. L'application

du micromètre de M. Rochon, qui, doublant les images des objets, doit rendre sensible l'empiètement des deux images de l'artère l'une sur l'autre, s'il a lieu, n'agit que par instans très-courts, est fort délicate et demande des études spéciales. Mais on n'a qu'à renforcer les courbures des artères pour rendre plus sensible la locomotion, qu'à les diminuer pour l'affaiblir plus entièrement. Les artères droites elles-mêmes se déplacent, se locomeuvent très-sensiblement, etc. Ainsi, le mouvement locomotif des artères est le second élément du mouvement total des artères.

Succussion ou élongation de l'artère. — Si l'on met une artère à nu, l'une des deux carotides primitives, par exemple, on reconnaît bientôt qu'elle est mue d'un mouvement de secousse, qui, tour à tour, la pousse d'arrière en avant et d'avant en arrière. C'est le troisième élément du battement de l'artère.

La dilatation, la locomotion et la succession, voilà donc les trois éléments primitifs ou constitutifs du mouvement total de l'artère, lesquels se rattachent à l'élasticité du tissu jaune rétractile, auquel l'artère doit de revenir sur elle-même quand elle a été distendue. M. Magendie a déduit de cette force de retour la nature du jet du sang qui s'échappe d'une artère ouverte, jet continu sous l'influence du resserrement des artères et saccadé par l'effet de la contraction des ventricules.

Ainsi le pouls, dans les artères droites et qui se locomeuvent peu, tient surtout à la dilatation; dans les artères flexueuses et qui se locomeuvent avec force, à la locomotion, et dans le cas où le doigt presse et déprime l'artère, le pouls tient de plus à l'effort du sang contre la paroi de l'artère déprimée. Le pouls n'est donc que le battement senti par le doigt, et il se complique de tous les éléments, de toutes les circonstances qui déterminent ou compliquent le battement.

TABLE DES MATIÈRES

CONTENUES DANS CE VOLUME.

BULLETIN MÉDICAL BELGE.

FALLOT. Note topographique sur l'hôpital militaire de Namur. 23

GOUZÉE. De l'épidémie de grippe actuellement régnante et particulièrement de celle qui s'est montrée à Anvers. 26

ANNALES DE LA SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES ET NATURELLES DE BRUXELLES. — I. Convulsions d'un caractère grave, déterminées par une impression morale vive, sans lésion appréciable des organes cérébro-rachidiens. Observation présentée par le docteur J. R. MARINUS, 28. — II. Aiguille entrée dans les chairs, et extraite des parois du bas-ventre, chez un enfant âgé de treize mois. Observation recueillie par le même. 29

PHILIPPART (A.-J.). Accouchement à l'âge de 54 ans; hémorrhagie utérine après la délivrance; guérison; réflexions. 30

HOEBEKE. Ulcère cancéreux de la jambe droite; amputation; guérison. 31

» Tumeur cancéreuse de la jambe gauche; amputation; guérison. 32

VARIÉTÉS. — Prix proposés par la Société des sciences médicales et naturelles de Bruxelles pour 1837 et 1838. 33

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE. Manuel des bandages, à l'usage des étudiants en médecine; par F. J. LUTENS. 34

JOURNAUX FRANÇAIS.

LANCETTE FRANÇAISE, GAZETTE DES HOPITAUX.

HÔPITAL DES VÉNÉRIENS. (*M. Ricord.*) Leçons cliniques sur les maladies syphilitiques, suivie d'une note sur quelques recherches microscopiques, par M. le Dr Rattier. 21 et 39

HÔPITAL DE LA PITIÉ. (*M. Lisfranc.*) Considérations sur les abcès. 22, 31 et 37

HOTEL-DIEU. (*M. Chomel.*) Pneumonie chez un vieillard de 72 ans; signes stéthoscopiques remarquables; mort; splénisation du poumon gauche; engouement partiel du poumon droit. 24

ÉCOLE PRATIQUE. Cours public d'ophthalmologie de M. Rognetta. 25 et 29

HÔPITAL DES ENFANTS MALADES. (*M. Baudelocque.*) Fièvre typhoïde sous forme ataxo-adynamique; mort le 13e jour de la maladie; exanthème intestinal; ulcération des glandes mésentériques correspondantes. 27

HÔPITAL DE LA PITIÉ. (*M. Lisfranc.*) Asphyxie du pied par cause traumatique jointe à l'action du froid. Escarres superficielles. Bons effets des affusions de chlorure de sodium. 30

SOCIÉTÉ PHRÉNOLOGIQUE DE PARIS. — Compte-rendu de la séance annuelle du 11 janvier 1837. 32

HOTEL-DIEU. (*M. Chomel.*) Anévrysme de l'aorte. Traitement antiphlogistique continué pendant cinq ans. État stationnaire de la maladie depuis deux ans. Un mot sur le traitement de Valsalva. 35

LITHOTRITIE. Cinquante-sept ans; gros calcul; vessie à colonnes, hypertrophiée; catarrhe de vessie; guérison par la lithotritie en six séances de 4 à 5 minutes. 36

DOUSSAINT (A.) de Gand. Observation de paraplégie recueillie dans le service de M. Ricord, à l'hôpital des vénériens. 38

HÔPITAL DE LA CHARITÉ. (*M. Bouillaud.*) Résumé des cas de rhumatisme articulaire aigu qui se sont présentés depuis le 1er septembre 1835, jusqu'au 1er avril 1836; par M. le doct. JULES PELLETAN. 41

HÔPITAL MILITAIRE DU GROS-CAILLOU. (*M. Poirson.*) Impuissance; rhumatisme de la vessie. Bons effets de la teinture de cantharides. 46

» Éruption variolique précédée d'une péritonite intense. 47

» Blennorrhagie urétrale. Syphilis consécutive. *ib.*

Épidémie régnante. (GRIPPE.) *ib.*

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS.

Buchanan. Mémoire sur les effets physiologiques et thérapeutiques de l'iode administré à hautes doses. 39
Nivet. Mémoire pour servir à l'histoire du délire, des convulsions et de l'épilepsie, déterminés par le plomb et ses préparations. 44 et 60
Maladies régnantes. Discussion de l'Académie relative à l'influence des pays chauds sur la phthisie. 52
Pétrequin. Mémoire pour servir à l'histoire des résections du membre inférieur; ou considérations chirurgicales sur quelques nouveaux cas de résections pratiquées, soit dans la contiguité, soit dans la continuité des os. 54
Épidémies de Londres et de Paris. 59
Henry Bullock. Cas d'empoisonnement par les moules. 69
Plaie pénétrante du bas-ventre avec excision d'une portion du foie herniée. 70

LA PRESSE MÉDICALE, ANCIEN JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE.

Mathieu Hirtz. Recherches cliniques sur la phthisie pulmonaire. 23
Duplay (A.). De quelques faits intéressants observés dans le service de M. Rostan pendant les années 1834 et 1835. Maladies de la protubérance cérébrale. 35

JOURNAL DES CONNAISSANCES MÉDICALES.

Albin Gras. Mémoire sur le rôle que joue l'acarus de l'homme dans la production de la gale. 9
Chatelain. Sur l'emploi du coton et ses pansements rares dans le traitement des plaies et des ulcères. 11
Pallazzini. Traitement de la rage par la morsure de la vipère. 13

JOURNAL DES CONNAISSANCES MÉDICO-CHIRURGICALES.

Dezeimeris. Des grossesses extra-utérines. 1
Trousseau. Médication substitutive ou homœopathique. 22

REVUE MÉDICALE FRANÇAISE ET ÉTRANGÈRE.

Jolly (P.). De la volonté considérée comme puissance morale et comme moyen thérapeutique. 17
Nonat. Mémoire sur la métro-péritonite simple et compliquée. (Rapport fait sur ce mémoire à la Société de médecine, par MM. Delens, Roche et Téallier, rapporteur.) 21
Alibert (le baron). Quelques considérations sur le farcin (*ganglite chronique.*) 25
Albin Gras. Note sur un cas de farcin qui a paru contagieux. 26
Lee. Coup-d'œil sur les hôpitaux de Londres, et sur l'état de la médecine et de la chirurgie en Angleterre. 27

ARCHIVES GÉNÉRALES DE MÉDECINE.

Chomel. Recherches sur la néphrite ou inflammation des reins. 19
Velpeau. Exposé d'un traitement nouveau de l'hydrocèle, avec observations. 23
Jules Guyot. Nouvelles expériences sur le sens du goût chez l'homme, suivies d'un examen succinct des travaux principaux publiés récemment sur le même sujet. 31

ANNALES D'HYGIÈNE ET DE MÉDECINE LÉGALE.

Devergie. (Alph.) Consultations médico-légales et expériences relatives à l'asphyxie par le charbon, précédées des rapports faits à l'occasion de l'affaire Amouroux. 1—8

BULLETIN GÉNÉRAL DE THÉRAPEUTIQUE.

Constant. Nouveaux faits tendant à prouver l'action antiphlogistique des frictions mercurielles. 15
Martin-Solon. Sur l'utilité du Rhinobyon, instrument inventé par M. le docteur Martin Saint-Ange pour arrêter les hémorrhagies nasales. 17
Boutigny. Note sur l'onguent mercuriel double. 19
Sur la préparation et les propriétés de l'alcoolé sécalique. *ib.*
Note sur l'épidémie régnante. 20
Fuster. De l'action thérapeutique de l'iode à haute dose. 22
Carron du Villards. De l'iritis syphilitique et de son traitement. 24
Serre. Du traitement de l'amaurose par la cautérisation de la cornée. 27
Bussy. Note sur la préparation de l'iode et du brôme. 28
Coudray. De l'emploi de la teinture de scille et de digitale à l'extérieur, dans l'hydrocèle et l'hydarthrose. 29

JOURNAL DE PHARMACIE.

Bouchardat. Recherches sur l'iodoforme, le chloro-iodoforme (*proto-iodure de carbone*), le bromo-iodoforme (*bromure de carbone*) et le sulfoforme. 13
Virey. Sur le rita de l'Indostan, fruit savonneux, etc. 17

Bussy. Note sur la préparation de l'iode et du brôme. 17
Mulder. Sur l'oxide rouge et l'oxide blanc de phosphore. 18
» Préparation du carbure de soufre. 19
Ossian Henry. Recherches chimico-légales, pour démontrer la présence de très-petites quantités d'acide hydrocyanique, soit libre, soit combiné. ib.

ANNALES DE CHIMIE ET DE PHYSIQUE.

Henri Rose. Sur le sulfate anhydre d'ammoniaque. 11
» Sur le sulfite anhydre d'ammoniaque. 15
Péligot (E.). Mémoire sur la composition chimique du lait d'ânesse. 18
Liebig et Pelouze. Extrait de quelques recherches cliniques faites à Giessen. 20
Pelouze. Note sur la fabrication du platine. 21
Georges Aimé. De la masse du fluide électrique. ib.

JOURNAUX ÉTRANGERS.

MEDICO-CHIRURGICAL REVIEW.

Tumeur sarcomateuse du dos; perforation du canal rachidien; désorganisation de la moelle épinière. 1
Hernie ventrale; étranglement de l'intestin par l'épiploon; gangrène sénile de l'extrémité supérieure; mort. ib.
Exposé des lésions organiques qui ont été rencontrées à l'autopsie de cent sujets qui ont été traités à l'hôpital de Guy de l'affection granuleuse des reins, ou de l'altération albumineuse des urines. 2

THE EDINBURGH MEDICAL AND SURGICAL JOURNAL.

Syme. Tumeur cartilagineuse de l'extrémité supérieure de l'humérus; ankylose de l'articulation scapulo-humérale; ablation du membre et résection du col de l'omoplate; guérison. 4
» Rétrécissement de l'œsophage par l'ingestion de l'acide sulfurique; guérison. ib.
» Coarctation du rectum; dilatation artificielle. b.
» Division accidentelle du tendon d'Achille; cicatrisation séparée des deux bouts; impuissance du membre; opération; guérison. 5
» Rétraction permanente du tendon fléchisseur du gros orteil; claudication; opération; guérison. ib.
» Petite tumeur nerveuse sous-cutanée; douleurs atroces; excision. ib.
» Fracture du col du fémur et des trochanters; rotation du pied en dedans; autopsie; explication. 6
Syme. Raccourcissement du col du fémur chez un jeune sujet sans fracture; autopsie. ib.
Hill. Usage de l'érigne dans l'extraction des corps étrangers tombés dans l'oreille. ib.

THE DUBLIN JOURNAL OF MEDICAL AND CHIMICAL SCIENCE.

Porter. Affections anomales du larynx qui réclament la trachéotomie. 8
Wallace. Observations sur les fièvres des tropiques, avec quelques additions sur l'histoire d'un voyage publié par le capitaine Owen. ib.
M'Divitt. Observations sur les effets délétères produits quelquefois par le porc. ib.
Madoch Hawley. De la force vitale ou mouvement spontané qui est inhérent au sang. 10
Gulliver. Remarques sur certaines affections du tissu cellulaire des jambes. ib.
Moore (W). Tableau statistique et comparatif des principaux médicaments, indiquant le nombre des fois qu'ils ont été prescrits à Dublin depuis 60 ans. ib.
Mater. Statistique de la fièvre avec quelques observations générales sur sa nature, ses causes et son traitement. 11
Corrigan. Mémoire sur le mécanisme du bruit de soufflet. ib.

VOCHENSCHRIFT DER FUER DIE GESAMMTE HEILKUNDE, VON CASPER.

Nasse. Des maladies de la rate. 18

JOURNAUX ITALIENS.

Oservations sur le choléra-morbus d'Italie. 20

ANNALI UNIVERSALI DI MEDICINA.

Gherini. Opération de lithotripsie pratiquée avec succès sur une petite fille de sept ans. 22
Guastalla. Histoire d'une névrite dentaire grave, suivie de trismus et de tétanos; guérison. ib.
Linoti. Cas remarquable d'anévrysme de l'aorte ventrale; guérison à l'aide de la méthode affaiblissante. 23
Caïre. Observation de rétrécissement urétral, avec suppuration de la prostate et passage de la matière purulente dans le rectum; guérison. 24
Signoroin. Du spermatenfraxis, ou d'une maladie consistant dans l'obstruction des canaux séminifères par l'épaississement du sperme. ib.

IL FILIATRE SEBEZIO ET OSSERVATORE MEDICO.

Salvadore. Urétrite chronique guérie par les injections d'extrait de ratanhia. 26

Cubiciotto. Observation sur un cas de folie, guérie à l'aide des affusions d'eau glacée sur la tête et des bains dits de surprise. 36

BIBLIOTHÈQUE DE LECTURE DE SAINT-PÉTERSBOURG.

Sturmer. Lettre au sujet des querelles des médecins homœopathes et allopathes entre eux. (Article traduit et communiqué par l'auteur à la rédaction de l'Encyclographie). 27

BIBLIOGRAPHIE GÉNÉRALE.

Téallier. Du cancer de la matrice. Mémoire couronné par la société de médecine de Lyon. 1
Lélut. Du démon de Socrate, spécimen d'une application de la science psychologique à celle de l'histoire. 4
Delaberge et Monneret. Compendium de médecine pratique. 6
Lordat. De la perpétuité de la médecine, ou de l'identité des principes fondamentaux de cette science, depuis son établissement jusqu'à présent. 7
Grimaud de Caux et Martin Saint-Ange. Physiologie de l'espèce. Histoire de la génération de l'homme. 8
Gibert (C.-M.). Manuel des maladies vénériennes. 11
Bulletin bibliographique. ib.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie royale de médecine. 13
Académie royale des sciences. 17